AGGRESSION – DEPRESSION

Eine biographisch-anamnestische, psychologisch-anamnestische und statistische Untersuchung über depressive Syndromatik bei Aggressionstätern

Emil Friedrich Dürk

Diss
München
1984

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. H. Hippius

AGGRESSION - DEPRESSION

Eine biographisch-anamnestische, psychologisch-anamnestische und statistische Untersuchung über depressive Syndromatik bei Aggressionstätern

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Emil Friedrich Dürk

aus

Petershausen

Jahr

1984

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Prof. Dr. W. Mende

Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof: Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 18.10.1984

Meinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Einleitung	1
2.	Zur Aggression	4
2.1.	Aggressionstheorien	4
2.1.1.	Triebmodelle der Aggression	4
2.1.1.1.	Psychoanalytische Triebkonzepte zur Aggression	4
2.1.1.2.	Instinkttheoretisches Konzept nach LORENZ	6
2.1.2.	Frustrations-Aggressions-Modell	6
2.1.3.	Aggression als erlerntes Verhalten	8
2.1.3.1.	Lernen am Modell	8
2.1.3.2.	Lernen am Erfolg	9
2.1.3.3.	Signallernen	9
2.1.3.4.	Kognitives Erkennen	9
2.1.4.	Physiologisches Modell der Aggression	10
2.2.	Aggressionshemmung	10
2.2.1.	Leidinduzierte Hemmung	10
2.2.2.	Angst vor Bestrafung	11
2.2.3	Moralische Hemmung	11

		Seite
3.	Depression	12
3.1	Depressionstheorien	12
3.1.1.	Genetischer Aspekt	12
3.1.2.	Biologische Grundlagen	12
3.1.2.2.	Neuroendokrinologische Zusammenhängen	13
3.1.3.	Psychologische Erklärungsversuche	13
3.1.3.1.	Prämorbide Persönlichkeit bei depressiven Erkrankungen	13
3.1.3.2.	Introjektion - Regression - depressive Position - Verlust des Selbstwertgefühls	14
3.1.3.3.	Anaklitische Depression	15
3.1.3.4.	Negativ kognitives Modell	15
3.1.4.	Verhaltenstheoretische Konzepte	16
3.1.4.1.	Erlernte Hilflosigkeit	16
3.1.4.2.	Behavioristisch-interaktionistischer Ansatz	16
3.1.5.	Stressmodell	17
3.2.	Klassifikation	17
3.2.1.	Schwierigkeiten der Klassifikation bei mangelnder nosologischer Entität	17
3.2.2.	Symptomatologie und Syndromatik	18
4.	Suicidalität	19
4.1.	Erklärungsvesuche suicidalen Handelns	19
4.1.1.	Aus anatomisch-medizinischer Sicht	19
4.1.2.	Aus soziologischer Sicht	20
4.1.3.	Aus psychoanalytischer Sicht	20

Seite

4.2.	Suicidalität und Narzißmus	21
4.2.1.	Das narzißtische System	21
4.2.2.	Pathologie des narzißtischen Systems	22
4.2.3.	Psychodynamik des Suicids im Rahmen der Narzißmustheorie	22
4.3.	Der erweiterte Suicid	23
5.	Kriminalität	25
5.1.	Kriminalitätstheorien	25
5.1.1.	Aus psychoanalytischer Sicht	25
5.1.2.	Aus soziokultureller Sicht	25
5.1.3.	Aus interaktionistischer Sicht	26
5.1.4.	Aus sozialpsychologischer Sicht	26
5.2.	Viktimologische Aspekte	27
6.	Kriminaltiät - Aggression - Depression - Suicidalität	28
7.	Datengewinnung	31
7.1.	Arbeitsgrundlagen	31
7.1.1.	Zeitraum der Untersuchung	31
7.1.2.	Auswahl der Delinquenten	32
7.1.3.	Auswahl der Information	32

		Seite
7.2.	Methodik	33
7.3.	Untersuchte Parameter, Beurteilung und Wertung	34
7.3.1.	Auftteilung der drei Untergruppen im Zeitverlauf von 10 Jahren	34
7.3.2.	Anteilsmäßige Verteilung der Straftäter, bezogen auf das Spektrum der Straftaten (Abb. 2)	36
7.3.2.1.	Tötungsdelikte	36
7.3.2.2.	Körperverletzung	39
7.3.2.3.	Raub	40
7.3.2.4.	Sexualdelikte	41
7.3.3.	Soziologische Faktoren	42
7.3.3.1.	Altersverteilung (Abb. 3)	42
7.3.3.2.	Geschlechtsverteilung (Abb. 4)	42
7.3.3.3.	Familienstand (Abb. 5)	45
7.3.3.4.	Soziale Schicht (Abb. 6)	47
7.3.3.5.	Berufliche Qualifikation (Abb. 7)	49
7.3.4.	Familiäre Faktoren	51
7.3.4.1.	Broken home (Abb. 8)	51
7.3.4.2.	Heimunterbringung (Abb. 9)	54
7.3.4.3.	Erziehung (Abb. 10 und Abb. 11)	54
7.3.4.4.	Dominanz eines Elternteils (Abb. 12)	59
7.3.4.5.	Psychiatrische Erkrankungen in der Familie (Abb. 13)	61
7.3.4.6.	Kriminalität in der Familie (Abb. 14)	63
7.3.5.	Psychologische Faktoren	65
7.3.5.1.	Beeinträchtigungen im Bereich der Persönlichkeitsstruktur (Abb. 15)	65
7.3.5.2.	Affektstörungen (Abb. 16)	70
7.3.5.3.	Neurotizismen (Abb. 17)	75
7.3.5.4.	Frustrationstoleranz (Abb. 18)	79
7.3.5.5.	Verwahrlosung (Abb. 19)	81
7.3.5.6.	Suchtverhalten (Abb. 20)	84

Bei keiner anderen psychischen Erkrankung ist die Suicidgefahr so hoch wie bei der Depression (RINGEL, 96). RINGEL (96) betont die eindeutig nahe Verwandtschaft von Fremd- und Selbstaggression; auf diesen Zusammenhang wird bereits sehr früh in den Theorien der Psychoanalyse hingewiesen (FREUD, 31, 33, 35; MENNINGER 77). Wie das präsuicidale Erleben über die Isolation und die Selbstverurteilung in der Autoaggression gipfeln kann, kann die Entwicklung zum Homizid ähnlich verlaufen. Die Isolation entsteht fast immer durch soziale Einflüße (Verwahrlosung, Gefängnishaft, gescheiterte Partnerbeziehungen, steter Wohnungswechsel und anderes) (BURCHARD, 17). Im Falle des Suicids richtet sich das gesamte Aggressionspotential auf das eigene Selbst; im Falle des Homizids kann durch Bündelung positiver Affekte auf die eigene Person diese beiseite geschoben werden, während umgekehrt die negativen und depressiven Emotionen auf die Umgebung projiziert werden (BURCHARD, 17). Hierbei können die aggressiven Tendenzen ausschließlich außengerichtet sein oder durch Selbstbestrafungstendenzen wieder auf den Täter zurückzeigen (BURCHARD, 17). Im Zusammenhang mit homizidalem Handeln und autoaggressivem Verhalten, wird der Vollständigkeit halber auf die Tötung des Intimpartners und den erweiterten Suicid hingewiesen, auf die an späterer Stelle noch eingegangen wird.

Aggression und Depression bilden somit keine Antinomie sondern scheinen eng miteinander verflochten. Mit Hemmung, Steuerung und Ausagieren der Aggression werden der größte Teil der an einer Depression Erkrankten konfrontiert. Bewältigung und Verarbeitung der sowohl autoagressiven als auch hostil-fremdaggressiven Impulse findet in verschiedenen Stufen und Ebenen statt. Seit Suicid und Tentamen nicht mehr strafbar sind, werden den Depressiven heute jedoch bedeutend weniger kriminelle Entgleisungsmöglichkeiten zugesprochen als etwa dem Schizophrenen (MENDE, 72, 73).

In der vorliegenden Arbeit werden Delinquenten untersucht, deren aggressives Verhalten in den Bereich der Straffälligkeit fiel. Anhand biographisch-anamnestischer und psychologisch-anamnestischer Angaben wurde bei Straffälligen nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden gesucht; die Delinquenten lassen sich hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik in drei Untergruppen aufteilen:

Gruppe 1: Aggressionstäter ohne jegliche depressive Symptomatik,

Gruppe 2: Aggressionstäter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik,

Gruppe 3: Aggressionstäter mit depressiver Symptomatik, jedoch ohne Krankheitswert.

270 ausgewählte Gutachten, im Verlauf von 11 Jahren in der Abteilung für forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Klinik der Universität München erstellt, bildeten die Grundlage der Untersuchung.

Das Ziel war, den Zusammenhang zwischen Depression und Aggression hinsichtlich kriminellen Entgleisens aufzuhellen und anhand der Gemeinsamkeiten bzw. der Unterschiede der drei Tätergruppen, die Zuordnung in der strafrechtlichen Beurteilung zu erweitern bzw. zu ergänzen.

Bei keiner anderen psychischen Erkrankung ist die Suicidgefahr so hoch wie bei der Depression (RINGEL, 96). RINGEL (96) betont die eindeutig nahe Verwandtschaft von Fremd- und Selbstaggression; auf diesen Zusammenhang wird bereits sehr früh in den Theorien der Psychoanalyse hingewiesen (FREUD, 31, 33, 35; MENNINGER 77). Wie das präsuicidale Erleben über die Isolation und die Selbstverurteilung in der Autoaggression gipfeln kann, kann die Entwicklung zum Homizid ähnlich verlaufen. Die Isolation entsteht fast immer durch soziale Einflüße (Verwahrlosung, Gefängnishaft, gescheiterte Partnerbeziehungen, steter Wohnungswechsel und anderes) (BURCHARD, 17). Im Falle des Suicids richtet sich das gesamte Aggressionspotential auf das eigene Selbst; im Falle des Homizids kann durch Bündelung positiver Affekte auf die eigene Person diese beiseite geschoben werden, während umgekehrt die negativen und depressiven Emotionen auf die Umgebung projiziert werden (BURCHARD, 17). Hierbei können die aggressiven Tendenzen ausschließlich außengerichtet sein oder durch Selbstbestrafungstendenzen wieder auf den Täter zurückzeigen (BURCHARD, 17). Im Zusammenhang mit homizidalem Handeln und autoaggressivem Verhalten, wird der Vollständigkeit halber auf die Tötung des Intimpartners und den erweiterten Suicid hingewiesen, auf die an späterer Stelle noch eingegangen wird.

Aggression und Depression bilden somit keine Antinomie sondern scheinen eng miteinander verflochten. Mit Hemmung, Steuerung und Ausagieren der Aggression werden der größte Teil der an einer Depression Erkrankten konfrontiert. Bewältigung und Verarbeitung der sowohl autoagressiven als auch hostil-fremdaggressiven Impulse findet in verschiedenen Stufen und Ebenen statt. Seit Suicid und Tentamen nicht mehr strafbar sind, werden den Depressiven heute jedoch bedeutend weniger kriminelle Entgleisungsmöglichkeiten zugesprochen als etwa dem Schizophrenen (MENDE, 72, 73).

In der vorliegenden Arbeit werden Delinquenten untersucht, deren aggressives Verhalten in den Bereich der Straffälligkeit fiel. Anhand biographisch-anamnestischer und psychologisch-anamnestischer Angaben wurde bei Straffälligen nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden gesucht; die Delinquenten lassen sich hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik in drei Untergruppen aufteilen:

Gruppe 1: Aggressionstäter ohne jegliche depressive Symptomatik,

Gruppe 2: Aggressionstäter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik,

Gruppe 3: Aggressionstäter mit depressiver Symptomatik, jedoch ohne Krankheitswert.

270 ausgewählte Gutachten, im Verlauf von 11 Jahren in der Abteilung für forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Klinik der Universität München erstellt, bildeten die Grundlage der Untersuchung.

Das Ziel war, den Zusammenhang zwischen Depression und Aggression hinsichtlich kriminellen Entgleisens aufzuhellen und anhand der Gemeinsamkeiten bzw. der Unterschiede der drei Tätergruppen, die Zuordnung in der strafrechtlichen Beurteilung zu erweitern bzw. zu ergänzen.

2. Zur Aggression

2.1. Aggressionstheorien

2.1.1. Triebmodelle der Aggression

Der allgemeine Trend der Psychologie scheint der Forderung HOFSTÄTTERS (44) zu folgen, den Triebbegriff beim Menschen "möglichst zu vermeiden und dafür im weiteren Sinne von Motiven oder Antrieben des Handelns zu sprechen". Da jedoch fast alle anfänglichen Erklärungsversuche aggressiven Verhaltens auf den Triebbegriff zurückgehen, bleibt eine kurze Erörterung unumgänglich.

Bei einem Trieb handelt es sich um einen angeborenen Mechanismus (SELG, 102), der ein psychosomatisches Phänomen darstellt (ELHARDT, 27), da sich Triebäußerungen sowohl physiologisch als auch psychologisch untersuchen lassen.

2.1.1.1. Psychoanalytische Triebkonzepte zur Aggression

In seiner dualistischen Triebtheorie von Eros und Thanatos, die FREUD (36) hinterließ, bezeichnete er den Aggressionstrieb als Abkömmling des Todestriebes, da er eine Verselbständigung des Aggressionstriebes ablehnte.

Bei FREUD (31), der nie eine Definition der Aggression gab, gelten für den Aggressionstrieb die allgemeinen Triebcharakteristika:

1. Somatische Triebquelle;

2. drängender Charakter;

3. als Ziel die Befriedigung;

4. das Triebobjekt, durch welches das Ziel erreicht werden kann.

Da es zwischen den großen Trieben Eros und Thanatos immer wieder zu Legierungen kommt, kann man das Schicksal der einzelnen Triebe, speziell das des Aggressionstriebes, nur bedingt verfolgen. Zu Äußerungen von Aggression kommt es entweder spontan oder nach Provokation (FREUD, 36), und da ein früherer Zustand angestrebt wird, der wiederum dem Todestrieb entspringt, bedeutet Aggression bei FREUD (34) primär Selbstaggression.

In der Folge kam es zu einer Dreiteilung bezüglich des psychoanalytischen Triebkomplexes zur Aggression. Ein kleinerer Teil, u. a. MENNINGER und KLEIN hielten an FREUD's Theorie fest. HARTMANN, KRIS und LOEWENSTEIN postulierten einen selbständigen, vom Todestrieb unabhängigen Aggressionstrieb, diskutierten die Aggression als Handlung jedoch nicht (SELG, 102). Eine dritte Gruppe um FENICHEL und HORNEY wiesen den Triebbegriff der Aggression zurück; sie sahen darin ein reaktives soziales Phänomen (NOLTING, 85).

2.1.1.2. Instinkttheoretisches Konzept nach LORENZ

LORENZ (67) verwendet die Begriffe Instinkt und Trieb synonym. "Aggression ist ein Instinkt wie jeder andere". Der Aggressionstrieb hat vier Funktionen, die im Dienst der Arterhaltung stehen:

1. Optimale Raumverteilung;

2. durch Rivalenkämpfe erfolgt eine Auslese;

3. Verteidigung der Brut;

4. Entstehen von Rangordnungen.

Eine Auslösung der Aggression erfolgt durch einen Reiz, der bei Ausbleiben unter Umständen aufgesucht wird. Der Aggressionstrieb beim Menschen, der ebenfalls auf Reize reagiert, ist für LORENZ (67) hypertrophiert.

2.1.2. Frustrations-Aggressions-Modell

Unter Beibehaltung der dynamischen Eigenschaften der Aggression aus dem psychoanalytischen Konzept, bei Wegfall des verschwommenen Triebbegriffes und unter operationalisierten Bedingungen, veröffentlichte DOLLARD et al. (24) 1939 die Frustrations-Aggressions-Hypothese. In einer 1:1-Zuordnung (SCHMIDT-MUMMENDEY, 111) behaupten sie, daß

a) das Auftreten von Aggression - als einer "Handlung, die die Verletzung, Schädigung oder Kränkung (injury) eines Organismus oder Organismusersatzes zum Ziel hat (24)" - in jedem Fall eine vorangegangene Frustration voraussetzt;

Frustration wird definiert als "Bedingung, wenn eine Zielreaktion gestört wird (24)";

b) das Bestehen von Frustration führt immer zu irgendeiner Form von Aggression.

Von MILLER et al. (81) wurde die krasse Form dieser These bereits 1941 revidiert. Später, unter anderem von BUSS (20), SELG (102) und SCHMIDT-MUMMENDEY (111) relativiert, unterscheidet man heute:

Frustration im engeren Sinne (= Störung zielgerichteten Handelns) (SELG, 102) und Frustration im weiteren Sinne (= Mangelzustände, schädigende Reize, Belästigung und verbale Angriffe) (SCHMIDT-MUMMENDEY, 111).

BERKOWITZ (10) modifizierte das Frustrations-Aggressions-Modell dahingehend, daß er die vermittelnde Variable "anger" (Wut, Zorn, Ärger) dazwischen stellte.

FRUSTRATION --> ANGER --> AGGRESSION

Für den deutschsprachigen Raum ersetzte SELG (102) 1971 den Begriff der Frustrations-Aggressions-Hypothese durch den der Frustrations-Antriebs-Hypothese.

Mittlerweile ist anerkannt, daß auf Frustrationssituationen mehrere unterschiedliche Reaktionen auftreten können (neben konstruktiven Lösungstendenzen, Ersatzhandlungen, Regression, Fluchtverhalten, unter anderem auch Selbstvorwürfe, die in Autoaggression einmünden können) (NOLTING, 85).

Aggression tritt nicht nur nach Frustration auf. Als Beispiel hierfür seien genannt:

1. das planmäßige Einsetzen von Aggression zur Durchsetzung von Forderungen,

2. das nachgeahmte aggressive Verhalten und

3. das sadistische, zur Befriedigung durch Schmerzzufügung diendende aggressive Verhalten.

Zu Frustrationserlebnissen während der Kindheitsentwicklung wird in Kapitel 7.3.3. Stellung bezogen werden.

2.1.3. Aggression als erlerntes Verhalten

ist neben Triebtheorie und Aggressions-Frustrations-Hypothese die dritte grundlegende Auffassung zur Erklärung aggressiven Verhaltens.

2.1.3.1. Lernen am Modell

BANDURA (6) und Mitarbeiter versuchten in verschiedenen Untersuchungen nachzuweisen, daß aggressives Verhalten erlernt wird (6, 123); an einem realen oder symbolischen Modell demonstriert, stößt Aggressionsverhalten auf große Nachahmungsbereitschaft. Je erfolgreicher das Modell dabei ist und je weniger unangenehme Folgen auftreten, desto eher wird es nachgeahmt (123).

WALTERS (122) erweiterte das lerntheoretische Modell, indem er Frustrationen als wichtige, mögliche Aktivierungsbedingungen mit einbezog.

2.1.3.2 Lernen am Erfolg

Ebensowenig wie das Modellernen, das nur die Ausbreitung und Weitergabe aggressiven Verhaltens erklärt, bietet die Theorie des Lernens am Erfolg eine Lösung dafür an, warum menschlich-aggressives Verhalten möglich ist, sondern nur warum der Mensch davon Gebrauch macht. Aggression bewirkt etwas und je nach Effekt wird sie verstärkt oder reduziert. Häufige Anwendung resultiert dann daraus, wenn aggressives Verhalten erfolgreich ist und der Durchsetzung dient (SKINNER, 105).

2.1.3.3. Signallernen

Klassische Aggressionskonditionierung im Sinne PAWLOWS wird in der Literatur nicht beschrieben. Auf sprachlicher und visueller Ebene gibt es Versuche bestimmte, anfangs neutrale Reize durch Konditionierungsprozesse zu aggressiven Reizen umzubilden (vergleiche hierzu BERKOWITZ, 12).

2.1.3.4. Kognitives Erkennen

Durch Erkennen, Vorstellen, Denken und ähnliche Bewußtseinsprozesse werden Situationen nicht nur emotional erlebt, sondern auch kognitiv erkannt. Das Verhalten wird entsprechend der Wertigkeit, das dieser Situation beigemessen wird, ausfallen. (MICHAELIS, 79).

2.1.4. Physiologisches Modell der Aggression

Die physiologische Psychologie lieferte in den letzten Jahren zahlreiche Ergebnisse bezüglich einzelner, physiologischer Korrelate bei Affekten. Auf dem Gebiet der Aggressionsforschung scheint die Problematik momentan noch zu komplex, um einen einheitlichen, der Aggression zugrunde liegenden Faktor postulieren zu können. (LISCHKE, 65).

2.2. Aggressionshemmung

Aus psychoanalytischer Sicht folgen aus der Aggressionshemmung vor allem starke Konsequenzen für das eigene Selbst. Je stärker die Aggressionshemmung nach außen, desto stärker wendet sich die Aggression gegen das eigene Selbst und wirkt umso selbstzerstörerischer (FREUD, 36). Unter Mitwirkung des Überich (Gewissen) entsteht bei unterdrückter Aggression ein Schuldgefühl, das umso stärker ausgeprägt ist, je mehr das Individuum sich der Aggression gegen andere enthält (FREUD, 36). Die Möglichkeiten bezüglich der Verschiebung und Sublimierung der Aggression werden von FREUD zwar erwähnt, aber nicht näher beschrieben.

2.2.1. Leidinduzierte Hemmung

Aus dem Experiment, das MILGRAM 1974 (80) durchführte, geht hervor, daß Versuchspersonen, die unter verschiedenen Bedingungen Aggressionen mit Hilfe von Strom gegen andere ausüben durften, die Stromstärke um so niedriger wählten, je eindringlicher die Schmerzäußerungen des Bestraften waren. LORENZ (67) berichtet ähnliches über die leidinduzierte Aggressionshemmung aus der Verhaltensforschung.

2.2.2. Angst vor Bestrafung

Europäische Untersuchungen zeigten, daß zu erwartende Bestrafung - Tadel, Entlassung, Schläge oder böser Blick - aggressives Verhalten hemmt. Eine Dauerhaftigkeit der Aggressionshemmung konnte jedoch nicht nachgewiesen werden, sodaß Aggressionshemmung aus Angst vor Strafe situationsspezifisch anzusehen ist, da aggressives Verhalten nicht ausgelöscht, sondern nur unterdrückt werden kann (NOLTING, 85).

2.2.3. Moralische Hemmung

Im Verlaufe des Sozialisierungsprozesses erlernt, kommt die moralische Aggressionshemmung immer dann zum Tragen - vorausgesetzt sie ist internalisiert -, wenn sich Aggressionsimpulse gegenüber Schwächeren äußern, d. h. daß moralische Hemmung nicht situationsspezifisch sondern inhaltsspezifisch auftritt (BANDURA, WALTERS, 6).

3. Depression

3.1. Depresssionstheorien

Zur Ätiologie und Pathogenese der Depression, die als Melancholie schon im 5. Jahrhundert v. Chr. von Hippokrates und später von Platon und Aristoteles diskutiert wurde (LYONS, PETRUCELLI, 68), liegen bis heute keine durchgehend gesicherten und für alle Depressionen in gleichem Maße gültigen Erkenntnisse vor (HELMCHEN, 41).

3.1.1. Genetischer Aspekt

Bei unbekanntem Vererbungsmodus (HELMCHEN, 41, scheint die intrafamiliär stark gehäufte Erkrankungswahrscheinlichkeit, wenn ein Familienmitglied erkrankt war, im Gegensatz zur Durchschnittsbevölkerung, statistisch gesichert zu sein (BLEULER, 15; PERRIS, 87). Bei eineiigen Zwillingen und in direkter Erbfolge war die Konkordanz höher als im übrigen Verwandtenkreis. Dabei erhöht sich das Morbiditätsrisiko bei vorwiegend bipolaren affektiven Psychosen im Gegensatz zu monopolaren affektiven Psychosen erheblich (BLEULER, 15; ANGST, PERRIS 3).

3.1.2. Biologische Grundlagen

3.1.2.1. Noradrenalin- und Serotonin-Hypothese

SCHILDKRAUT (109) formulierte 1965 die Hypopthese der biogenen Amine. MATUSSEK (71) modifizierte die Hypothese dahingehend, daß er zu der Annahme gelangte, daß die Empfindlichkeit der postsynaptischen Rezeptoren herabgesetzt sei und nicht, wie zuerst postuliert im synaptischen Spalt ein Mangel der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin bestehe.

3.1.2.2. Neuroendokrinologische Zusammenhänge

Das Auftreten depressiver Symptome bei einer Reihe von Endokrinopathien ließ einen Zusammenhang zwischen depressiven Erkrankungen und hypothalamischen Funktionsstörungen vermuten (HELMCHEN, 41). Interessante Zusammenhänge, die jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden, fanden sich zwischen depressiven Erkrankungen und den Regelkreisen des Cortisols bzw. des Wachstumshormons (HELMCHEN, 41; GOLD, POTTASH, 37).

3.1.3. Psychologische Erklärungsversuche

3.1.3.1. Prämorbide Persönlichkeit bei depressiven Erkrankungen

1921 veröffentlichte KRETSCHMER (59) seine, sehr im Gegensatz zur Psychoanalyse stehende Beschreibung der zyklothymen Persönlichkeit. FREUD (34) hatte die Todestriebtheorie kurz zuvor entwickelt. Das Konzept KRETSCHMERS trug nach einer Untersuchung von v. ZERSSEN (128) nicht zur Differenzierung der Persönlichkeitsstruktur endogen Depressiver bei.

In der gleichen Untersuchung (v. ZERSSEN, 128) wurde nachgewiesen, daß aufgrund des Konzeptes von TELLENBACH (116) signifikante Unterschiede der Persönlichkeitsstruktur endogen Depressiver von anderen Patienten bestehen. Wichtig für die Ätiologie bei vornehmlich monopolar verlaufender endogener Verstimmung ist die dispositionelle Grundlage des Typus melancholicus (116). Danach zeichnet sich der Melancholiker durch überdurchschnittliche Empfindlichkeit des Gewissens, durch Ordentlichkeit und "pathologische Normalität" aus (TELLENBACH, 116). Bei dramatischen Veränderungen kann es zum Ausbruch der Depression kommen (HELMCHEN, 41; TELLENBACH, 116).

3.1.3.2. Introjektion - Regression - depressive Position - Verlust des Selbstwertgefühls

Unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten und im Vergleich zur Trauer, stellten ABRAHAM (1) und FREUD (33) in den ersten Untersuchungen zur Melancholie fest, daß es nach Objektverlusten (das Objekt ist meist "ideeller Natur" und "nicht real gestorben") (33) immer dann zur Melancholie kommt, wenn es nicht gelingt die Libido vom verlorenen Objekt zu lösen. Zu der Objektwahl kam es auf "narzißtischer Grundlage"; der Objektverlust wird durch Introjektion abgewehrt. Das introjizierte Objekt, gegen das sich die Selbstanklagen richten, kann aufgegeben werden, nicht aber die - mittlerweile gegen das eigene Ich gerichtete - Libido. Neben der Regression auf die Identifizierung wird die Objektlibido durch einen Ambivalenzkonflikt "auf die ihm nähere Stufe des Sadismus" zurückversetzt. Hieraus leitet FREUD (33) die Selbstmordneigung ab.

ABRAHAM (1) sieht in der Depression eine Regression der Libido auf das orale Entwicklungsstadium, weil hier das entscheidende Verlusterlebnis stattfand, das später durch Versagungen, Kränkungen oder Enttäuschungen wieder erlebt wird. FENICHEL (30) folgt den Anschauungen FREUDS und ABRAHAMS.

Melanie KLEIN (52) glaubt, daß aus nicht näher bekannten Gründen Depressionsanfällige in einer, für alle Kinder zu bewältigenden, obligatorischen "depressiven Position" verharren. JACOBSON (47) sieht im Verlust des Selbstwertgefühls das Hauptproblem der depressiven Erkrankung.

Aus psychoanalytischer Sicht resultiert Depressivität also aus einer Störung des Selbstsicherheitsgefühls (narzißtisches System) und einer fehlverarbeiteten Aggressivität.

3.1.3.3. Anaklitische Depression

SPITZ (106) beschrieb eine depressionsähnliche Erkrankung von Kleinstkindern, die auf den Verlust der anaklitischen Identifikation zurückgeht. Der Verlust der Bezugsperson bringt einen emotionalen Mangel mit sich, der im Rahmen des Hospitalismus ein depressives Syndrom bewirkt und der bei totalem Affektentzug zum Tode führen kann. (vergleiche hierzu die Versuche Friedrichs II. (1215 - 1250 n. Chr.). BOWLBY (16) berichtet ähnliches von kriegsbedingt entwurzelten Kindern.

3.1.3.4. Negativ kognitives Modell

BECK (7) definiert die Depression durch fünf Merkmalsbereiche, in denen sie sich manifestiert, als Folgeerscheinung einer kognitiven Störung. Er prägt den Begriff der kognitiven Triade der Depression (8) und meint damit eine Tendenz, des in depressiven Schemata denkenden, sich selbst entwertenden Individuums "sich selbst, die Umwelt und die Zukunft negativ zu sehen". Im Laufe der Zeit ergeben sich Schemata, die als Struktur der selektiven Wahrnehmung die "nach abwärts gerichtete Spirale der Depression" durch folgende Mechanismen in Gang setzen können:

1. durch spezifischen Stress (= Traumata, die zu prädepressiven Gedanken führen),

2. durch unspezifischen Stress (= neuartige, einmalige Konfrontation, zu denen es keine kognitiven Verhaltensmuster gibt) und

3. durch Anhäufung negativer Erlebnisse.

3.1.4 Verhaltenstheoretische Konzepte

3.1.4.1. Erlernte Hilflosigkeit

SELIGMAN (104) sieht die Ursachen der Depression nicht nur in einer kognitiven Störung des Erlebens, sondern als das Ergebnis des Erlernens bestimmter erlebter Strukturen. Nach der Erfahrung, daß Reagieren und Zurwehrsetzung zwecklos sind, kommt es zu einem Lerndefizit, woraus resultiert, daß auch in Zukunft Reaktionen, trotz realer Einflußmöglichkeiten keinen Einfluß auf eine Situation haben. SELIGMAN konnte dies experimentell nachweisen (103).

3.1.4.2 Behavioristisch-interaktionistischer Ansatz

"Aus der Perspektive des behavioristisch-interaktionistischen Modells wird Depressivität definiert als eine generelle Reduktion des allgemeinen Aktivitätsniveaus, die durch einen Mangel an positiver Verstärkung hervorgerufen wird" (STEINMEIER, 114).

3.1.5 Stressmodell

Den Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und Depression versuchte PAYKEL (87) aufzuzeigen. Dabei berichteten depressive Patienten etwa dreimal häufiger als Patienten der Kontrollgruppe von negativ belastenden Erlebnissen, vor allem mit nahen Bezugspersonen und am Arbeitsplatz. Ein kausaler Zusammenhang und ein depressionsspezifisches Faktum sind damit jedoch nicht gesichert (HELMCHEN, 41) (vergleiche dazu auch TELLENBACH (117): Untersuchungen zur prämorbiden Persönlichkeit von Psychotikern).

3.2. Klassifikation

3.2.1. Schwierigkeiten der Klassifikation bei mangelnder nosologischer Entität

Die erste eindimensionale Klassifizierung der Depression geht wohl auf KRAEPELIN (54) zurück, der das manisch-depressive-Irresein wegen seiner besseren Prognose von der Dementia praecox aus der Gruppe der affektiven Psychosen abgrenzte.

In verschiedenen Typologien - einfacher, komplexer und dimensionaler Art - wird durch die Anwendung von Kategoriesystemen deskriptiver Differenzierung und Gegenüberstellung eine nosologische Einteilung versucht (KENDELL, (48); HELMCHEN, 41).

Wegen der Vielfalt der beobachtbaren Symptome, der Unterschiedlichkeit im Verlauf und nicht zuletzt wegen der differenten Forschungsansätze (HELMCHEN, 41) wird heute wieder mehr und mehr auf die Vereinheitlichung der depressiven Erkrankung im Sinne einer nosologischen Entität verzichtet (BURCHARD, 17), die bereits seit Hippokrates immer wieder bezweifelt wurde (v. CRANACH, 23).

In der Praxis wird meist vereinfacht unterschieden zwischen endogener und reaktiver bzw. neurotischer Depression, wobei differentialdiagnostisch die organischen Depressionen auszuschließen sind. Außerdem gibt es eine Vielzahl weiterer Depressionsformen, wie zum Beispiel die endoreaktive Dysthymie (WEITBRECHT, 127), Entwurzelungs-, Entlastungs- und somatogene Depression (KIELHOLZ, 50, 51), Mischpsychosen und -zustände (BLEULER, 15).

3.2.2. Symptomatologie und Syndromatik

Zu der oben aufgezeigten "contemporary confusion" (KENDELL, 48) kommt als weitere Verwirrung, daß der Begriff der Depression auf verschiedene Abstraktionsebenen gebracht wird (HELMCHEN, 41). Zu der bereits geschilderten "nosologischen Ebene" treten die symptomatologische - hier handelt es sich um einzelne depressive Symptome - und die syndromatologische Ebene noch hinzu. Bei dieser handelt es sich um eine Kombination depressiver Symptome aus dem emotionalen, kognitiven, motorischen und körperlichen Bereich (HELMCHEN, 41). Wird das psychopathologische Bild von den depressiven Symptomen, die bei fast jedem Krankheitsbild in der Psychiatrie auftreten können, beherrscht, so spricht man von einem depressiven Syndrom (HIPPIUS, SELBACH, 43). Eine ausführliche Zusammenstellung depressiver Syndrome und deren Zusammensetzung aus einzelnen Symptomen findet man unter anderem bei PICHOT (89). Für die vorliegende Arbeit aus dem forensisch-psychiatrischen Bereich ist es wichtig festzuhalten, daß sich in der forensischen Begutachtung immer mehr die Tendenz durchsetzt, das depressive Syndrom und dessen Ausprägung zu beachten und weniger die nosologische Zuordnung (MENDE, 72, 73; RASCH, 93).

4. Suicidalität

Der Wandel der verschiedenen geschichtlichen und philosophischen Stellungnahmen und Wertungen im Verlauf von Jahrhunderten weist auf die Vielschichtigkeit des Phänomens der Suicidalität hin. Während im Altertum durchaus gegensätzliche ethische Einstellungen zum Selbstmord nebeneinander möglich waren, wurde etwa ab dem 4. Jahrhundert n. Chr. der Suicid im christlichen Europa als Todsünde verurteilt (WELLHÖFER, 126). Eine Wende zeichnete sich in der Philosophie erst wieder zur Zeit der Aufklärung ab. Friedrich der Große hat 1751 die Bestrafung des Suicids abgeschafft, der in England jedoch noch bis 1961 strafbar war (HENSELER, 42; MENDE, 72).

4.1 Erklärungsversuche suicidalen Handelns

4.1.1. Aus anatomisch-medizinischer Sicht

SZONDIS Annahme (107) eines Erbfaktors auf rezessiven Genen wurde durch spätere Untersuchungen widerlegt (WELLHÖFER, 126); vererbt wird die Neigung zur endogenen Psychose und nicht zum Suicid.

BEITZKE (9) und VEITH (119) fanden zwar keine direkte Beziehung, hielten aber pathologische Veränderungen im ZNS für mögliche Ursachen. Ebenso besitzen konstitutionelle und physiologische Faktoren keine spezifische Wirkung auf das suicidale Verhalten, können allerdings zu einer Reduzierung der Schwelle für Suicidhandlungen führen.

4.1.2. Aus soziologischer Sicht

Nach DURKHEIM (26) kann die Suicidalität, da durch soziale Gegebenheiten bestimmt und den psychosozialen Index einer Gesellschaft wiederspiegelnd, nur durch die Soziologie erklärt werden. Aus der Frage, nicht warum, sondern aus welcher sozialen Gegebenheit heraus jemand Selbstmord begeht, stellte er zwei Dimensionen als Ursachen heraus.

1. Wenn die soziale Integration hoch ist, erhöht sich die Rate der altruistischen Selbstmordhandlungen, wenn niedrig, die der egoistischen Suicide.

2. Die soziale Regulation umfaßt den fatalistischen Selbstmord bei starker Beeinflußung der Individualität und den anomischen Selbstmord, bei Fehlen verbindlicher sozialer Normen. Spätere Untersuchungen haben diesen Zusammenhang generell bestätigt (WELLHÖFER, 126).

4.1.3. Aus psychoanalytischer Sicht

In den Kapiteln 2.1.1.1. und 3.1.2.2. wurden die zugrundeliegenden psychoanalytischen Theorien bereits dargestellt. Auf die Suicidalität übertragen bedeutet dies:

Beim Selbstmörder bestehen starke Entwicklungsstörungen sowohl der oralen und analen Phase, bei zugleich äußerst strengem Überich (ELHARDT, 27; HENSELER, 42; WELLHÖFER, 126). Es liegen unbewußt Haßgedanken, Rache und Mordimpulse gegen ein ehemals libidinös besetztes Objekt vor. Erst nach Introjektion und Identifikation des libidinös besetzten Objekts können im Selbstmord die Mordimpulse auch den anderen treffen. Gleichzeitig kommt es als Reaktion des strengen Überichs auf die Mordimpulse, im Selbstmord zu einer Selbstbestrafung (WELLHÖFER, 126).

4.2. Suicidalität und Narzißmus

Nach Einführung dieses Begriffes durch FREUD (32) versteht die Psychoanalyse heute unter Narzißmus oder "narzißtisch" die verschiedenen Zustände des Selbstwertgefühls, der affektiven Einstellung des Menschen zu sich selbst (HENSELER, 42).

4.2.1. Das narzißtische System

Aus der intrauterinen Einheit von Mutter und Kind kommt es zum sogenannten harmonischen Primärzustand. Dieser wird durch zunehmende Wahrnehmungsfähigkeit, wachsende Bedürfnisse und unvermeidliche Frustrationen des extrauterinen Lebens in Frage gestellt und erschüttert; dies ist eine Traumatisierung, die als "Urverunsicherung erlebt wird" (HENSELER, 42) gleichzusetzen. Gleichzeitig entwicklen sich Ich-Wahrnehmung einerseits und die Objekt-Wahrnehmung andererseits, die auch als getrennte Einheiten erlebt werden können. Durch den Ausbau des Ich und dem daraus entstehenden Selbstgefühl soll eine Entfernung von dieser Urverunsicherung erreicht werden, um sie nie mehr wieder zu erleben. Bei späteren Erschütterungen des Selbstgefühls stehen nach HENSELER (42) vier schützende Kompensationsmechanismen zur Verfügung:

1. Regression auf den Primärzustand - hier sind Ich und Objekt noch nicht getrennt - führt zur Aufgabe der bereits gewonnen Identität;

2. Verleugnung der eigenen Mängel und Idealisierung des Selbst;

3. Angleichung an die Realität; ein reales Objekt kann realen Objekten angenähert werden;

4. durch die Verinnerlichung werden tatsächliche Fehler und Mängel zwar wahrgenommen, aber man fühlt sich im Grunde doch "ganz in Ordnung" (entspricht dem Ideal-Selbst) (HENSELER, 42).

Das narzißtische System der Selbst- und Objektrepräsentanzen entwickelt sich aus einer zunehmenden Annäherung an die Realität, ohne die idealisierenden Vorstellungen ganz aufzugeben (HENSELER, 42). Das Ich als regulierende Instanz trägt zur Aufrechterhaltung eines affektiven Gleichgewichtes bezüglich der Gefühle von innerer Sicherheit, von Wohlbehagen, von Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit bei.

4.2.2. Pathologie des narzißtischen Systems

Bei großer narzißtischer Kränkbarkeit, deren zentrales Symptom ein "labiles Selbstgefühl sein muß" (HENSELER, 42) gibt es als unreife Reaktion darauf zwei Möglichkeiten:

1. Entsprechend den Menchanismen der Verleugnung und Idealisierung wird die schmerzliche Realität negiert und durch Phantasien vom Gegenteil ersetzt, was sich auf Selbstwerterleben, Idealbildung, Überich, Umgang mit Aggressionen und für zwischenmenschliche Beziehungen auswirkt (näheres hierzu siehe 4.2.3.);

2. Verzicht auf die Identität als Individuum und Regression in den harmonischen Primärzustand.

4.2.3. Psychodynamik des Suicids im Rahmen der Narzißmustheorie

Die sucidale Persönlichkeit ist in ihrem Selbstwerterleben stark verunsichert; Kränkungen können nicht reif bewältigt werden (HENSELER, 42); sie erfüllt die Voraussetzung von 4.2.2.

Die Verleugnung, die zu Größenphantasien führt, kann die narzißtische Kränkung jedoch nicht ungeschehen machen; bei Konfrontation mit der Kränkung schwankt das Selbsterleben also zwischen Größenphantasien und Minderwertigkeitsgefühlen hin und her.

Je ausgeprägter die Größenphantasien, desto höher die Ansprüche, die an das Ich gestellt werden; das Ich-Ideal wird somit erhöht.

Diese Ideale werden durch ein strenges, rigides, infantiles Überich eingefordert.

Aggressive Impulse werden vom Ich-Ideal nicht zugelassen und werden vom Überich streng bestraft (HENSELER, 42). Wegen der besonderen Objektbeziehungen müssen Aggressionen abgewehrt werden; es kommt zur narzißtischen Wut (KOHUT, 53).

Wenn das Individuum in dieser Konfliktsituation auf seine Identität verzichtet und auf den hormonischen Primärzustand regrediert, kommt es zur Suicidhandlung, da das "Selbstgefühl anders nicht mehr zu schützen ist" (HENSELER, 42).

4.3. Der erweiterte Suicid

MENDE (72, 75) und BURCHARD (17) sprechen dann vom erweiterten Suicid, wenn während einer depressiven Verstimmung Personen des engsten Lebenskreises, ohne ihr Wissen und ihre Einwilligung der Mitnahmetendenz der Depressiven zum Opfer fallen. Die hierbei auftauchenden Motive sind vielfältig. Sie entstehen häufig aus Mitleid (MENDE, 72; SCHIPKOWENSKI, 110; LANGE, 61), weil die Hoffnungslosigkeit und Isolation diese Personen einschließt (BURCHARD, 17) und sie zeigen deutlich altruistische Merkmale (RODIEK, 100). In anderen Fällen soll durch den erweiterten

Suicid das Opfer bestraft werden (BURCHARD, 17). Die Mitnahmetendenz kann sich auch auf den "geliebten Lebensraum" erstrecken und sich zum zum Beispiel in Brandstiftung äußern (MENDE, 72; DONALIES, 25; LANGE, 61).

In manchen Fällen konsumiert die mörderische Erregung die suicidale, sodaß der melancholische Täter unverletzt, nach vergeblichen Strangulations- oder Schnittverletzungsversuchen oder mit Tablettenvergiftung überlebt (BURCHARD, 17; MÜLLER, 84).

RASCH und PETERSEN (94) lehnen den sogenannten erweiterten Suicid als klassisches Delikt endogen Depressiver ab. Sie berichten von 52 Tätern, die gleichzeitig oder im Anschluß an ein Tötungsdelikt Suicid begingen; nur in vier Fällen (= 8 %) ergaben die Nachforschungen, daß es sich um depressiv Erkrankte handelte.

5. Kriminalität

5.1. Kriminalitätstheorien

5.1.1. Aus psychoanalytischer Sicht

Hierbei erscheint Kriminalität als ein Symptom für generelle pathologische Charakterorganisationen, die auf gestörte Prozesse der Identifikation und Gewissenbildung in frühkindlicher Phase psychosexueller Entwicklung zurückzuführen sind (KERSCHER, 48). Die Formen der Kriminalität werden nach neurotischen Kriterien (rigide Identifikationsprozesse, tyrannisches Überich, unterdrücktes Es) und psychopathischen Kriterien (mangelnde Indentifikation und Gewissensbildung in früher Kindheit, Überichdefekte) unterschieden (MOSER, 83).

Nach Einführung des sozialisationstheoretischen Begriffes der Schichtspezifität, werden aggressiv gefärbte oder offen aggressive Formen der Kriminalität mit Ichschwäche, Unselbständigkeit, Angst und Feindseligkeit unterprivilegierter Sozialisationen zu erklären versucht (KERSCHER, 49).

5.1.2. Aus soziokultureller Sicht

Anomie, ein Zustand der Normen- und Regellosigkeit, häuft sich in modernen Industriegesellschaften und führt zu sozialer Desintegration und zur Zunahme abweisenden Verhaltens. Die legitimen Mittel zum Erreichen definierter Ziele in der Gesellschaft, sind ungleich verteilt und

fördern somit abweichendes Verhalten (MERTON, 70). Illegitime Mittel zur Erreichung definierter Ziele in der Gesellschaft, werden erlernt und sind Reaktionsbildungen gegen Gesellschaftsnormen (KERSCHER, 49). MILLER (82) beschreibt eine eigenständige Subkultur der Unterschicht, deren Inhalte von Angehörigen höherer Schichten als kriminell bezeichnet werden.

5.1.3. Aus interaktionistischer Sicht

Hierbei ist abweichendes Verhalten ein Interaktionsprozess zwischen Individuen und Gesellschaft, ein "Prozess gegenseitiger Bedingtheit und Aufschaukelung des Verhaltens, von auffällig gewordenen Individuen und Instanzen sozialer Kontrolle" (KERSCHER, 49).

5.1.4. Aus sozialpsychologischer Sicht

Nicht Ursache sondern Funktion des Rechtsbruches sind hier ausschlaggebend. Die Analyse der Sündenbockfunktion des Rechtsbrechers und die Vergeltungs-, Sühne- und Rachemotive der Gesellschaft stehen im Vordergrund (KERSCHER, 49).

5.2. Viktimologische Aspekte

Opfer einer Straftat werden vor allem unter zwei Gesichtspunkten untersucht:

1. Potentielle Opfer einer Straftat sollen möglichst frühzeitig erfaßt werden.

2. In forensischer Tätigkeit werden soziale, psychologische und psychopathologische Faktoren objektiviert von Personengruppen, die bereits Opfer wurden (MAISCH, 69).

   WEBER (125) beschrieb erstmals, nach experimentellen Untersuchungen, an konkreten Täter-Opfer-Paaren aus Beziehungsverbrechen deren subjektive Verschränkung. Dabei ging es in erster Linie um die "Interaktion" zwischen dem konkreten Täter A und seinem Opfer B und nicht so sehr um die Frage welche Persönlichkeitsstrukturen ganz allgemein "die Täter" und die "die Opfer" aufweisen (WEBER, 125).

   Da in der vorliegenden Arbeit auf viktimologische Aspekte nicht eingegangen werden konnte, wurde dieser Punkt nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

6. Kriminalität - Aggression - Depression - Suicidalität

Hinführung anhand ausgewählter Literatur.

Nicht zuletzt aufgrund der nosologischen Differenzierung, unterlag kriminelles Verhalten bei Depressiven einer wechselnden Einschätzung. Ältere Autoren wie LOMBROSO (66), v. KRAFFT-EBING (55) und PILCZ (90) maßen den Melancholien erhebliche forensische Bedeutung bei; sie hatten dabei vor allem die bei diesen Erkrankungen vorkommenden Gewalttaten im Auge. CRAMER (22) und BISCHOFF (14) hielten "homizide Impulse" für selten oder sahen sie als kontrollierbar und voraussehbar an. BIRNBAUM (13) meinte, das manisch-depressive-Irresein sei eine wenig zur Kriminalität neigende Psychoseform. Er erwähnte in erster Linie die Tötung von Familienmitgliedern, Tötungsdelikte im "Raptus melancholicus" und den "indirekten Selbstmord"; durch Begehen einer Straftat soll eine Verurteilung erzwungen werden.

Ergänzend zu den bereits erwähnten psychoanalytischen Theorien sei eine Studie von BURKS und HARRISON (19) erwähnt, die aggressives Verhalten, bis hin zu kriminellen Entgleisungen, als Möglichkeit zur Vermeidung von Depressivität bei Heranwachsenden beobachteten. Voraussetzung für Aggressionsbildungen waren Bedrohungen des Omnipotenzgefühls Jugendlicher, Erinnerungen an geweckte Gefühle der Wertlosigkeit und nicht erfüllte Erwartungshaltungen.

Von einer hohen Korrelation zwischen Gewalttendenzen und Suicidalität berichteten voneinander unabhängig BACH-Y-RITA (4) und MALMQUIST (70).

Den engen Zusammenhang zwischen Fremd- und Autoaggression beschreiben RINGEL (96), BURCHARD (17), PHILLIP (88) und FREUD (32, 34, 36).

Wegen der oftmals beschriebenen, positiven sozialen Einstellung Depressiver (BLEULER, 15; ELHARDT, 27; SCHULTE-TÖLLE, 113), stellt GRUHLE (38) heraus, daß die depressive Phase jeder kriminellen Tat abhold sei, den erweiterten Suicid ausgenommen.

Aufgrund der Hemmung der depressiv Erkrankten, kommt es selbst im Rahmen von depressiven Erlebnisreaktionen nach LANGE-LUEDECKE (62), selten zu kriminellen Entgleisungen. Er hält es für wahrscheinlicher, daß depressive Reaktionen die Konsequenz der Tat sind.

Bei quantitativ geringerem, kriminellem Entgleisungsrisiko, im Gegensatz zum Schizophrenen, betont MENDE (72, 73, 74, 75) die vielfältigen Möglichkeiten kriminellen Entgleisens Depressiver; neben den konventionellen Strafhandlungen, wie erweiterter Suicid und Unterlassungsdelikte, weist er bezüglich neuerer kriminologischer Aspekte vor allem auf Suicid und Aggressionshandlungen im Straßenverkehr hin (MENDE, 72). Die nosologische Trennung endogener Depressionen von Involutionsdepressionen, depressiven Reaktionen und organisch unterlegten Verstimmungen ist dabei durchaus nicht allein ausschlaggebend (MENDE, 74).

Bezüglich ethischer Entgleisungen und krimineller Handlungen bei depressiven Verstimmungen mit Erschütterung des Selbstwerterlebens, postulierte SCHULTE (112) sieben Punkte, die dazu offenbar maßgebend sind:

1. Lockerung des psychischen Gefüges;

2. Phylogenetische Anastomosen im biologischen Urgrund der Psyche zwischen sexueller Erregung und Angstaffekt;

3. Freiwerden von Aggressionstendenzen;

4. Zwangsantriebe;

5. Konflikt der Baisse des Selbstwerterlebens mit sthenischen Strebungen;

6. Scheinkompensierung;

7. Einschaltung von Rauschmitteln.

Er weist mehrere Deliktformen während Depressionen nach, die sich nicht nur auf endogene Depressionen beziehen.

RASCH und PETERSEN (94) fanden unter 900 Gutachten, 21 Fälle mit depressiver Syndromatik; es handelte sich durchgehend um endogen phasische Verstimmungen, bei Tötungs-, Eigentums- und Sittlichkeitsdelikten. Zum Phänomen des erweiterten Suicid siehe 4.3..

7. Datengewinnung

7.1. Arbeitsgrundlagen

Mit Inkrafttreten des zweiten Strafrechtsreformgesetzes am 01.01.75, kam es in der Schuldfähigkeitsbeurteilung sowohl zu nomenklatorischen als auch inhaltlichen Veränderungen (letztere waren in der Begutachterpraxis schon vorweggenommen). Depressive Syndrome, sofern sie endogen bzw. vorwiegend endogen determiniert sind und auch die depressiven Syndrome auf hirnorganischer Basis, gehören zu den "krankhaften seelischen Störungen", während die neurotischen und reaktiven depressiven Syndrome zu den "anderen seelischen Abartigkeiten" gerechnet werden, aber nur, wenn sie deutliches klinisches Ausmaß haben.

Gleichzeitig mit der Nomenklatur wurden die Ziffern der entsprechenden Paragraphen geändert. Anstelle des früheren Paragraphen 51 Abs. 1 und 2 StGB wurden nun die Paragraphen 20 StGB (Schuldunfähigkeit) und 21 StGB (verminderte Schuldfähigkeit) eingeführt (VOGL, 121).

7.1.1. Zeitraum der Untersuchung

In der Abteilung für Forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Klinik der Universität München, wurden in der Zeit von Januar 1971 bis Dezember 1981, ca. 1450 strafrechtliche Gutachten erstellt; hiervon wurden für die vorliegende Arbeit 270 Gutachten ausgewählt.

7.1.2. Auswahl der Delinquenten

und

7.1.3. Auswahl der Information

Alle Delinquenten waren eines direkt aggressiven Delikts, wegen dessen Versuch oder Ausführung beschuldigt. Hierunter zählen Tötungsdelikte (Totschlag und Totschlagversuch, Mord und Mordversuch), Körperverletzung, Raub und Sexualdelikte (Vergewaltigung und versuchte Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und deren Versuch).

Jeder Delinquent wurde einer der folgenden drei Untergruppen zugeordnet.

Gruppe 1: Aggressionstäter ohne jegliche depressive Symptomatik, was nicht ausschließt, daß der Delinquent wegen anderer psychopathologischer Symptomatik (z. B. eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis) exkulpiert wurde.

Gruppe 2: Aggressionstäter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik im Sinne der Paragraphen 20, 21 StGB. Voraussetzung zur Einordnung in diese Gruppe war, daß aus dem Gutachten klar hervorgehen mußte, daß zur Tatzeit ein depressives Syndrom vorlag, das als Grund einer De- bzw. Exkulpierung in Frage kam. Nicht unterschieden wurde die nosologische Zuordnung; die Krankheitsbilder beinhalten sowohl endogene Depressionen als auch depressive Verstimmungen exogener Art. Bei zusätzlichem Vorliegen anderer, nicht depressiver psychopathologischer Symptomatik, mußte die depressive Symptomatik als maßgeblicher Faktor im Tatgeschehen vorherrschen.

Mit dieser strengen Zuordnung wird dem Einwand LANGE-LUEDDEKES (62) begegnet, der die depressiven Verstimmungen bei Aggressionstätern in den meisten Fällen als Reaktion auf die Konsequenzen der Tat betrachtet. Sollten zusätzliche depressive Symptome nach der Tat aufgetreten sein, wurden diese nicht ausgeschlossen.

Gruppe 3: Aggressionstäter mit depressiver Symptomatik jedoch ohne Krankheitswert im Sinne der Paragraphen 20, 21 StGB. Berücksichtigung fanden hier alle Delinquenten aus deren anamnestischen Angaben vor, während oder nach der Tat depressive Symptome zu eruieren waren, die jedoch nicht von Krankheitswert waren und somit eine Schuldminderung bzw. Schuldausschließung nicht rechtfertigten.

7.2. Methodik

Die statistische Auswertung der untersuchten Parameter, wurde entsprechend den Bedingungen für eine retrospektive Vergleichsreihe ausgewählt. Es handelt sich also um den "Vergleich einer Gruppe von Kranken mit einer Gruppe von Personen, die diese Krankheit nicht haben und stellt nachträglich aus den Krankenblättern, das frühere Vorhandensein oder Fehlen eines Faktors fest" (SACHS, 101). Die Beurteilung von Häufigkeiten gezielter Beobachtungen, wurde anhand von Nominalskalen vorgenommen, da die Anforderungen komplizierterer statistischer Verfahren, wie zum Beispiel 4-Felder chi^2-Test oder Mehrfelder chi^2-Test, bezüglich der Struktur-, Beobachtungs- und Repräsentationsgleichheit nicht erfüllt werden konnten, ohne erhebliche Abstriche machen zu müssen (SACHS, 101; mündliche Information, 46).

7.3. Untersuchte Parameter, Beurteilung und Wertung

Die 270 Gutachten der Delinquenten, die in drei Untergruppen zerfallen, teilen sich wie folgt auf:

1. Aggressionstäter ohne jegliche depressive Symptomatik:
   n = 145 = 53,7 %.

2. Aggressionstäter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik:
   n = 28 = 10,4 %.

3. Aggressionstäter mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert:
   n = 97 = 35,9 %.

Alle Gutachten wurden auf bestimmte Parameter hin untersucht, die in den Punkten 7.3.1. bis 7.3.7. dargestellt werden.

Auf die, während des Aktenstudiums notwendige, zusätzlich durchgeführte Einteilung der drei Untergruppen auf das Spektrum der Straftaten (Totschlag, Mord, Körperverletzung, Raub, Notzucht), wird nur dann eingegangen werden, wenn sich in der Auswertung deutliche prozentuale Unterschiede innerhalb der drei Untergruppen, bezogen auf die Straftaten, ergeben.

7.3.1. Aufteilung der drei Untergruppen im Zeitverlauf von 10 Jahren

Aus Abb. 1 ist der Anteil der drei untersuchten Delinquentengruppen, an der Gesamtheit der zu begutachtenden Aggressiondelikte, ersichtlich. Mit durchschnittlich 53,7 Prozentanteilen überwiegt die Gruppe der Täter ohne jegliche depressive Symptomatik; den geringsten Anteil mit durchschnittlich 10,4 % bilden die Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik. Die Aggressionstäter mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert nehmen durchschnittlich einen Prozentrang von 35,9 % ein.

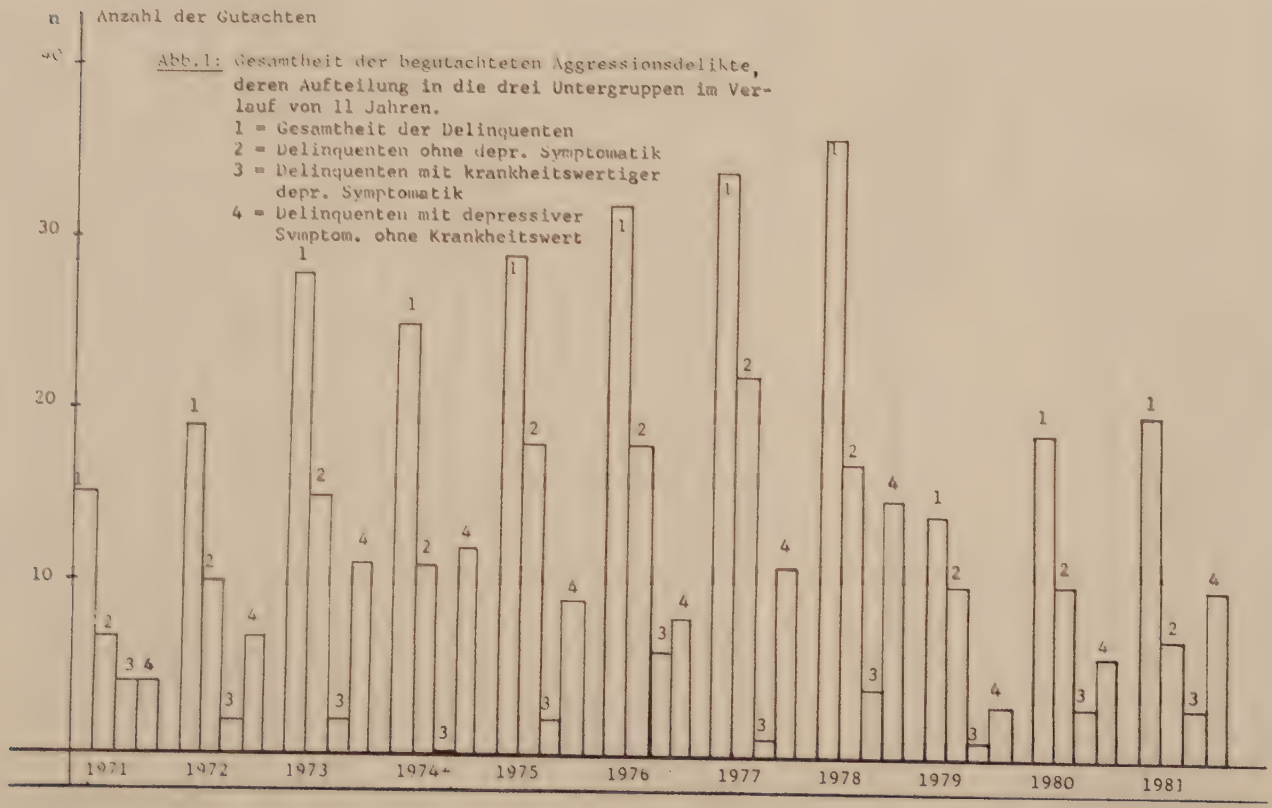


Abb. 1: Gesamtheit der begutachteten Aggressionsdelikte, deren Aufteilung in die drei Untergruppen im Verlauf von 11 Jahren.

1 = Gesamtheit der Delinquenten
2 = Delinquenten ohne depr. Symptomatik
3 = Delinquenten mit krankheitswertiger depr. Symptomatik
4 = Delinquenten mit depressiver Symptom. ohne Krankheitswert

Die Diagnose der Depression wurde wegen des zunehmenden Bekanntheitsgrades des Krankheitsbildes immer häufiger gestellt (HARTMANN, 40). Stärker ausgeprägte, behandlungsbedürftige bzw. krankheitswertige Depressionen treten nach epidemiologischen Untersuchungen, innerhalb der Normalbevölkerung mit einer Häufigkeit von 3 - 4 % auf (HELMCHEN, 41). Der etwa um den Faktor 2,5 höhere Anteil von 10,4 % Aggressionstätern aus Gruppe 2, ergibt einen deutlich erhöhten Wert für Depressivität für Aggressionstäter, verglichen mit der Normalbevölkerung. Zusammen mit den Delinquenten aus Gruppe 3, findet man somit depressive Symptomatik bei 46,3 % aller untersuchten Delinquenten.

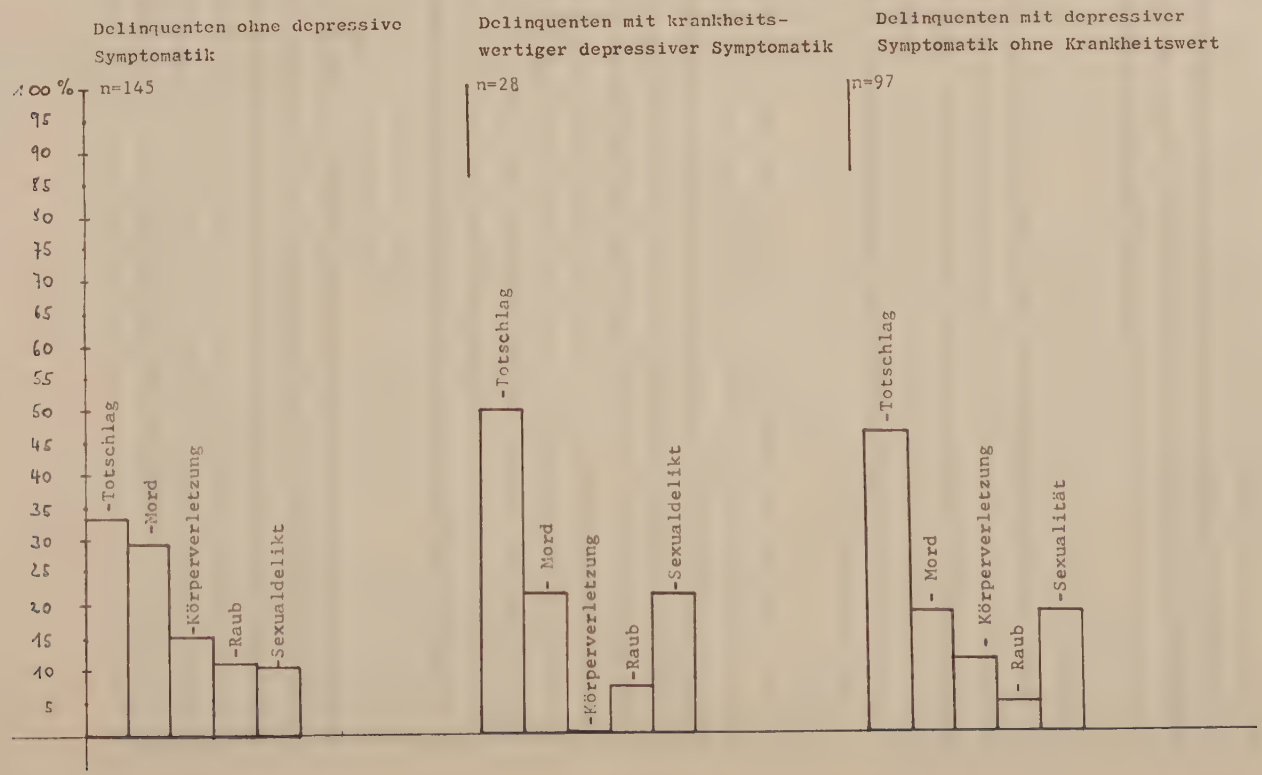
Als Vergleichswerte liegen Arbeiten vor, in denen bei Straftätern, jedoch ohne Einschränkung der Aggressionsdelikte, depressive Symptomatik als ex- bzw. dekulpierendes Moment unterstellt werden; RASCH und PETERSEN (94) gaben mit 2,3 % einen niedrigen Anteil an; VOGL (121) fand depressive Symptomatik bei 15,3 % der untersuchten Delinquenten. Dies erklärt sich aus der stärkeren Berücksichtigung der reaktiven und neurotischen Depression.

7.3.2. Anteilsmäßige Verteilung der Straftäter, bezogen auf das Spektrum der Straftaten (Abb. 2)

7.3.2.1. Tötungsdelikte

Sowohl bei den Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik (50 %) als auch bei den Aggressionstätern mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert (46,3 %), überwiegen diejenigen Tötungsdelikte, die im juristischen Sinne als Totschlag bzw. Totschlagversuch bezeichnet werden. Im Gegensatz zur Gruppe 1 (29,6 %) ist das Delikt des Mordes prozentual bedeutend niedriger; Gruppe 2: 21,4 %; Gruppe 3: 18,5%).

Abb.2: ANTEILSMÄSSIGE VERTEILUNG DER DELINQUENTEN BEZOGEN AUF DAS SPEKTRUM DER DELIKTE



Die Gründe hierfür lassen sich aus den verschiedenen Motivationszusammenhängen ableiten. Insbesondere kommen bei depressiven Delinquenten hierfür in Frage:

a) die von SCHULTE (112) beschriebene Auflockerung der Persönlichkeitsstruktur, die aus einer Erschütterung und dem Darniederliegen des Selbstwertgefühls sowie dem Erlebnis der zunehmenden Leistungs- und Seinsinsuffizienz resultieren.

b) Ausbildung einer homizidalen Bereitschaft (RASCH, 92), die einer spezifischen inneren Verfassung entspricht, die dann zwangsläufig zur Tat führt. Ähnlich den psychoanalytischen Theorien des Suicids erklären MALMQUIST (70), RODENBURG (98, 99) und BURCHARD (17) dieses Phänomen durch Verwischung der Objekt- und Subjektgrenzen. Im Aggressionskonflikt wird das Objekt introjiziert, es kommt zu Regression und Aufgabe der Identität (HENSELER, 42), die aggressiven Tendenzen richten sich somit auch gegen das Selbst und werden wegen der Täuschung der Überichs weniger aggressiv, denn autoaggressiv erlebt.

c) Überschießende, angstbetonte Affektentladung zur Vermeidung evtl. drohender depressiver Verstimmungen (BURKS, HARRISON, 19).

d) Erweiterter Suicid aus Mitleid (MENDE, 72, 73, 74, 75; SCHIPKOWENSKI, 110; LANGE, 61), altruistischen Motiven (RODIEK, 97) oder aus Bestrafungstendenzen (BURCHARD, 17) auf dem psychogenen Hintergrund wie in Punkt b).

e) Drogeneinfluß; MENDE (72, 73) weist insbesondere auf den Alkoholgenuß als kriminelle Entgleisungsmöglichkeit bei Depressiven hin. Auch SCHULTE (112) sieht eine Gefahr krimineller Beeinflußung durch Rauschmittel.

Für den prozentual niedrigen Anteil der depressiven Delinquenten an den Morddelikten bietet sich als Erklärung an, daß aufgrund des meist vorliegenden Symptoms der Hemmung ein planvolles, zielgerichtetes Handeln ebensowenig erwartet werden kann, wie die Erfüllung der weiteren Voraussetzungen des Paragraphen 211 StGB.

BURCHARD (17) weist eindringlich darauf hin, daß bei Delinquenten, die in der forensischen Psychiatrie begutachtet wurden, meist nicht nur ein einziges Motiv sondern ein Motivbündel vorliegt.

7.3.2.2. Körperverletzung

15,1 % der Delinquenten aus der Gruppe der Aggressionstäter ohne depressive Symptomatik und 11,3 % Aggressionstäter mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert, stehen gegenüber der Gruppe 2, in der sich kein einziger Delinquent mit Körperverletzung als Ausdruck aggressiven Verhaltens fand.

Im Gegensatz zu LANGELUEDDEKE (62), der die Entgleisungsmöglichkeiten bei depressiver Syndromatik für unbedeutend hält, räumen MENDE (72, 73, 74), RASCH (93) und SCHULTE (112) ein weitergefächertes kriminelles Entgleisungsspektrum bei Depressiven ein. Vor allem MENDE (72, 73, 74, 75) berichtet von extrem aggressiven Handlungen und Entgleisungen aufgrund von Alkohol und Medikamenteneinnahme.

Aus der Literatur ergab sich kein Hinweis auf besonders gehäuftes oder besonders vermindertes Auftreten des aggressiven Delikts der Körperverletzung, so daß aus der Nichterwähnung geschlossen werden kann, daß es vermutlich nicht zu häufig als kriminelle Entgleisungsmöglichkeit

Depressiver auftritt. Hierfür sprechen auch die vorliegenden Untersuchungsergebnisse. Eine mögliche Erklärung läßt sich in der Psychopathologie des depressiven Syndroms finden, in der Hemmung sowohl des Antriebs als auch der Motorik, der sozialen Rückzugstendenz als Ausdruck der inneren Vereinsamung und Konfliktverminderung und nicht zuletzt auch an der insgesamt sozial positiven Einstellung des Depressiven (BLEULER, 15; ELHARDT, 27; GRUHLE, 38; SCHULTE-TÖLLE, 113).

7.3.2.3. Raub

Der prozentuale Anteil der Täter aus den einzelnen Gruppen betrug in Gruppe 1: 11,7 %, in Gruppe 2: 7 % und in Gruppe 3: 5,1 %. Da sich auch bezüglich des Raubdeliktes als kriminelle Entgleisungsmöglichkeit, bei Depressiven kein direkter Anhalt in der Literatur findet, kann auch hier nicht von einer spezifischen Entgleisungsmöglichkeit gesprochen werden. Eine Einordnungsmöglichkeit findet sich bei MENDE (72, 73, 74), der von kriminellen Entgleisungen Depressiver berichtet, die sich nicht in das traditionelle Spektrum der Deliktformen eingliedern lassen.

Der Unterschied der Gruppen 2 und 3 zu den Tätern ohne depressive Symptomatik, besteht neben der unterschiedlichen nosologischen Zuordnung (bei den Tätern ohne depressive Symptomatik handelt es sich vorwiegend um psychopathisch dissoziale Persönlichkeiten) auch im Motivationsgefüge. Einer der beiden Probanden litt an einem hirnorganischen Psychosyndrom und zeigte eine starke Triebtendenz wie sie SCHULTE (112) als typisch für organische Depressionen beschreibt. Im anderen Fall des Raubes handelte es sich um die Tat einer jungen Frau, die sich aus Angst den Partner zu verlieren, als Mittäterin bereit erklärte. Ein Motiv, das sich wiederum auf die psychopathologischen Merkmale bei Depressiven zurückführen läßt.

7.3.2.4. Sexualdelikte

Hierbei wurden nur die diejenigen Delikte ausgewählt, bei denen es zu aggressiven Äußerungen der Täter kam, also der Tatbestand der Paragraphen 177, 178 StGB erfüllt war.

Mit 21,4 % in Gruppe 2 und 18,5 % in Gruppe 3, lagen die Sexualdelikte prozentual deutlich höher als bei den Tätern ohne depressive Symptomatik (10,3 %). Bemerkenswert ist weiterhin, daß es sich bei den Tätern mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik aus Gruppe 2 ausschließlich um Krankheitsbilder handelt, die nosologisch der reaktiven bzw. neurotischen Depression zugeordnet werden konnten.

SCHULTE (112) erwähnt unter den Sexualdelikten nur die nicht direkt aggressiven als triebbetonte, kriminelle Entgleisungsmöglichkeiten. WIEDERHOLT (128) sieht im Sexualdelikt ein für den Sexualtäter notwendiges Symptom eines devianten Konditionierungsprozesses, in dem die Indentitätskrise mit für die soziale Umwelt nicht tolerierbaren sexuellen Verhaltensweisen, zu lösen versucht wird. Die Intensität der Aggression hängt von situativen Faktoren ab. Die neurotische Entwicklung, die sich hinter deviantem sexuellen Verhalten zeigt, wird mehrfach beschrieben (BLEULER, 15; BURCHARD, 17; ELHARDT, 27; MENDE, 75; WIEDERHOLT, 128). Die erhobenen Daten stimmen mit diesen Beobachtungen überein. Da Neurosenstrukturen selten in reiner Form auftreten, kommt es durch Verstärkung von Ängsten aus anderen Phasen leicht zu Mischstrukturen (ELHARDT, 27). Bei den sexuell-devianten Delinquenten des untersuchten Materials lagen zusätzliche depressive Symptome vor, die in ihrer Gesamtheit als krankheitswertiges depressives Syndrom einerseits ein de- bzw. exkulpierendes Moment (Gruppe 2) darstellten, andererseits nachdrücklich auf die Mischformen, wie sie bei Neurosen vorkommen können, hinweisen (Gruppe 3).

7.3.3. Soziologische Faktoren

7.3.3.1. Altersverteilung (Abb. 3)

Zum Tatzeitpunkt betrug das Durchschnittsalter der Delinquenten in Gruppe 1: 30,5 Jahre, in Gruppe 2: 31,7 Jahre, in Gruppe 3: 29,5 Jahre. Aufgeteilt auf die einzelnen Straftaten erkennt man, daß das Durchschnittsalter bei den Tötungsdelikten in allen drei Gruppen über dem Gesamtdurchschnittsalter liegt. Besonders auffällig ist hier das hohe Durchschnittsalter von 41,6 Jahren der Delinquenten aus Gruppe 2; es erhöht sich auf 50 Jahre, wenn man nur das Durchschnittsalter derjenigen Delinquenten mit endogener Depression berücksichtigt. Diese gefundenen Werte entsprechen somit in etwa denjenigen der epidemiologischen Studien; neurotische Depressionen manifestieren sich vorwiegend in jüngeren Jahren (BLEULER, 15; KUTTER, 60; SCHULTE-TÖLLE, 113), dies geht auch aus den Zahlen der Gruppe 3 hervor, in der vorwiegend neurotische Störungen vorkommen.

7.3.3.2. Geschlechtsverteilung (Abb. 4)

Der Anteil der weiblichen Täter ohne depressive Symptomatik beträgt 15,1 %. Im Unterschied hierzu, liegt in der Gruppe der krankheitswertig depressiven Delinquenten, der Anteil der weiblichen Täter mit 25 % deutlich höher. Vergleicht man beide Gruppen hinsichtlich des Delikts der Tötung, so fällt eine noch differierendere prozentuale Verteilung auf. In Gruppe 1 finden sich hierbei 10,4 % weibliche Delinquenten; in Gruppe 2: 35,7 % weibliche Täter. Mit 8,2 % weiblichen Delinquenten in der Gruppe der Täter ohne krankheitswertige depressive Symptomatik, ist der Anteil der Frauen am geringsten. In dieser Gruppe fällt der Anteil der weiblichen Körperverletzer mit 27,3 % auf, zumal in Gruppe 2 kein einziger Täter mit diesem Delikt vorkommt.

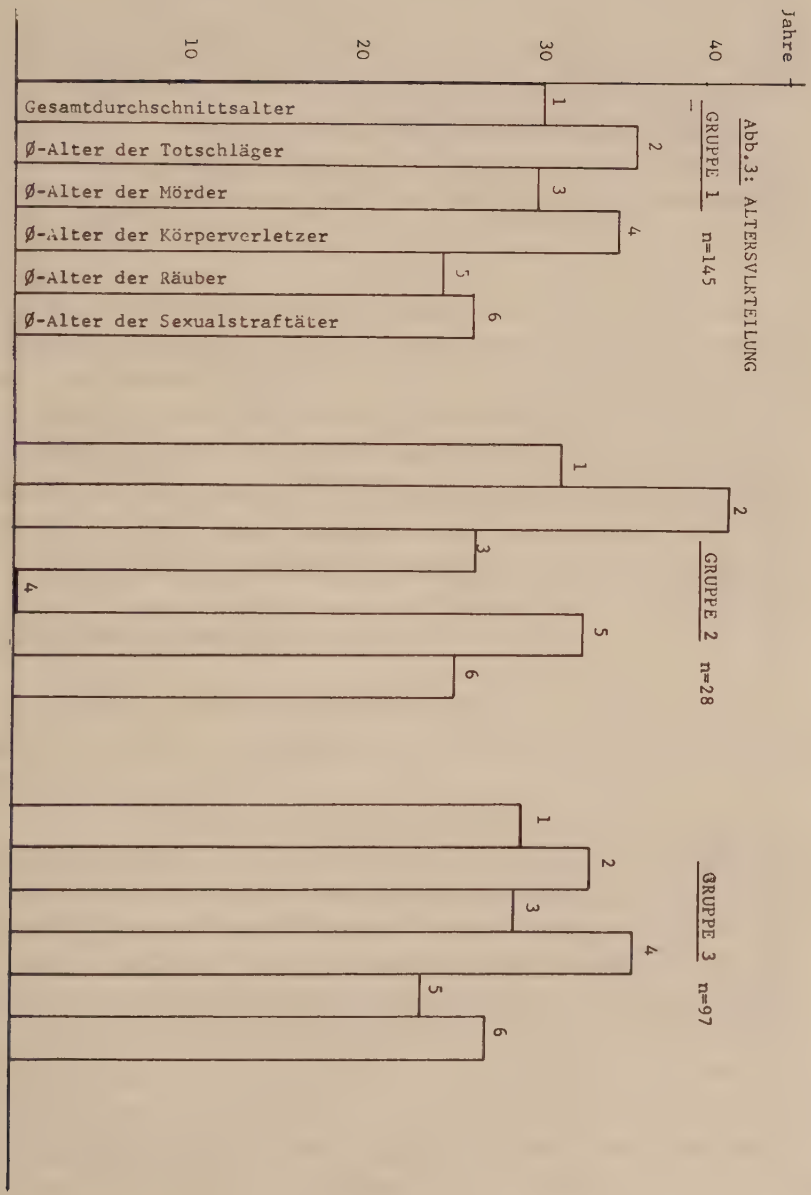
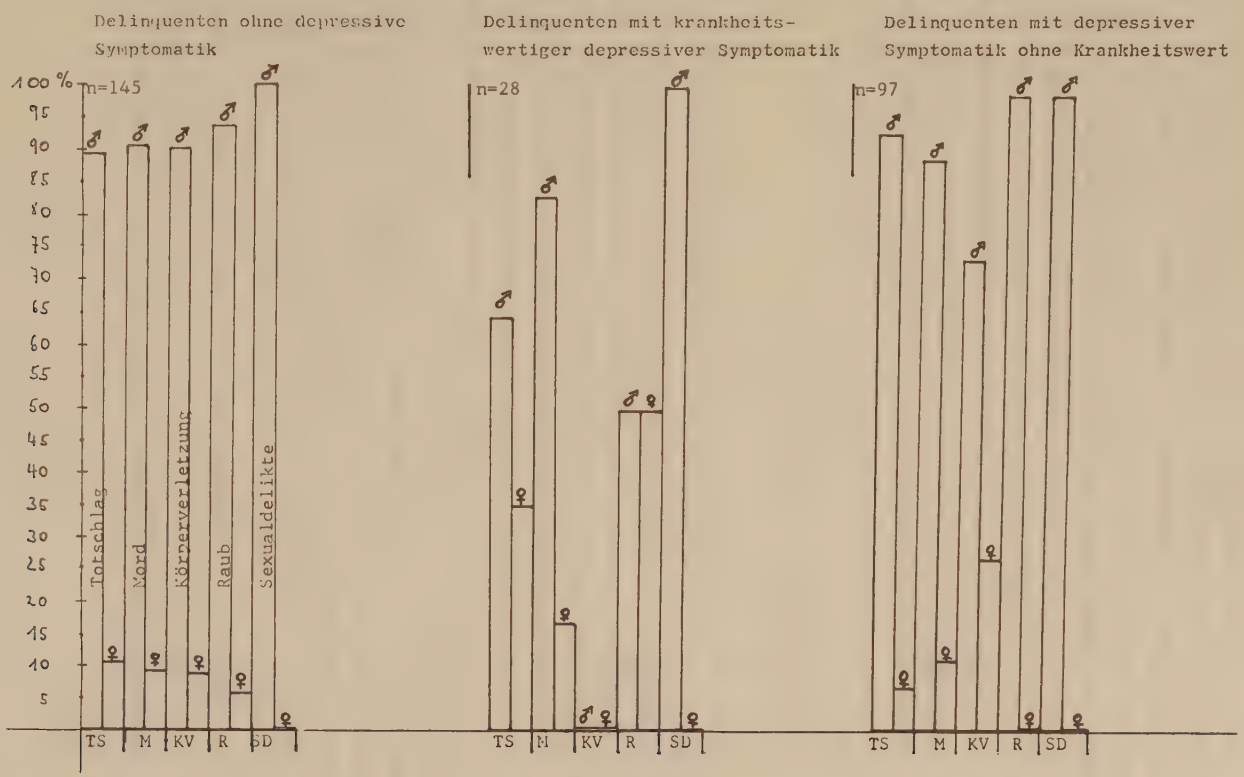


Abb.3: ALTERSVERTEILUNG

Abb.4: Geschlechtsverteilung



Das Lebenszeitrisiko an einer Depression jeglicher Genese zu erkranken, setzt (LEHMANN, 63) auf 10 %; dasjenige für rein psychotische Depressionen auf 1 %. Da bekannt ist, daß Frauen wesentlicher häufiger an Depressionen erkranken, (BURCHARD, 17; SCHULTE-TÖLLE, 112) erklärt das auch den prozentual höheren Anteil der weiblichen Aggressionstäter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik.

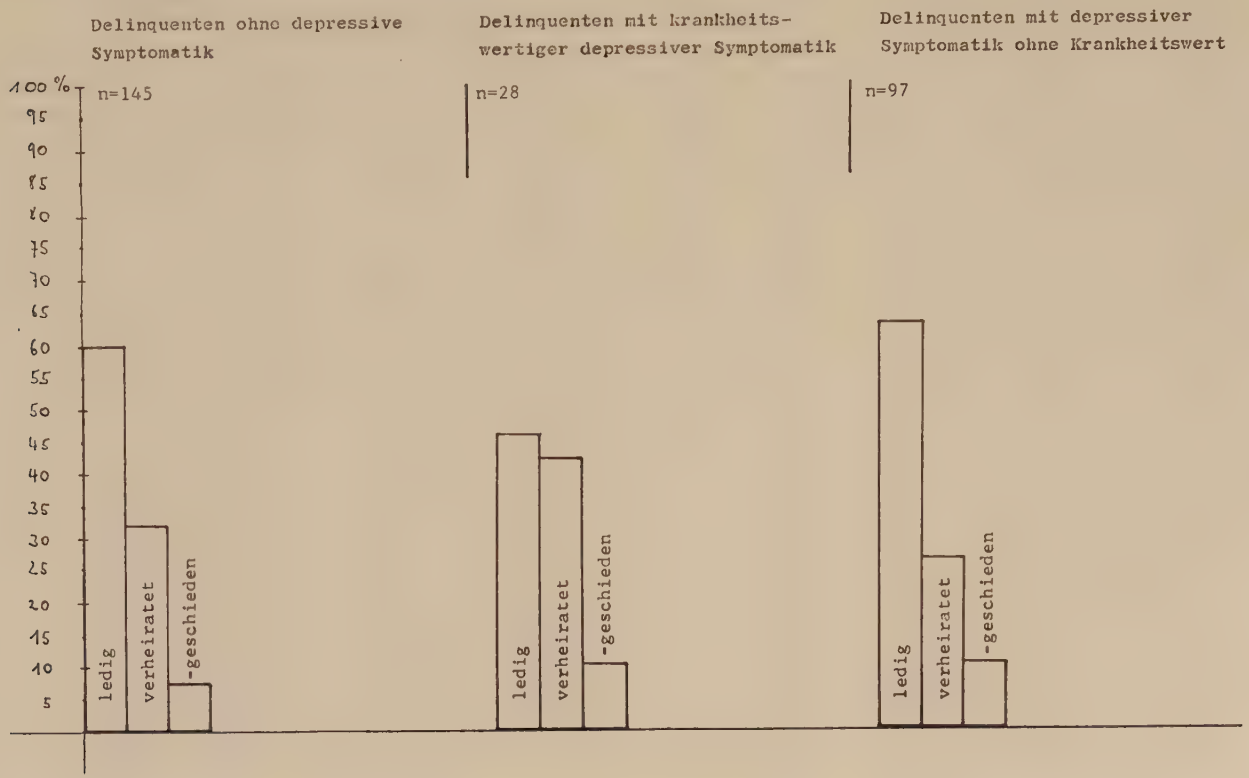
In Gruppe 3 scheint sich die Aggression der weiblichen Delinquenten vom Delikt des Totschlags auf dasjenige der Körperverletzung verschoben zu haben. Eine offensichtliche Erklärung hierfür bietet sich nicht an. Man kann jedoch vermuten, daß, zumal die depressive Symptomatik nicht rein krankheitswertig ist, der Leidensdruck, die Hemmung, die innere Anspannung, die Angst, die Agitation und welche Motivationsgeschehnisse auch immer von Bedeutung sind, unter derjenigen der Gruppe 2 liegen; außerdem scheint die Steuerungsfähigkeit weniger beeinträchtigt zu sein.

7.3.3.3. Familienstand (Abb. 5)

Mit 42,8 % ist der Anteil verheirateter Täter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik gegenüber den Vergleichsgruppen 1 (32,4 %) und 3 (26,8 %) deutlich erhöht.

Depressive Menschen sind mehr als andere auf einen Partner angewiesen; lieben wollen und geliebt werden, ist dem Depressiven das wichtigste im Leben (RIEMANN, 95). In dieser Charakteristik besteht auch die Gefahr des Ausgenutztwerdens, Mangel an gesunder Aggression (BURCHARD, 17; ELHARDT, 27; RIEMANN, 95; RINGEL, 96). Dies führt in Partnerschaften nicht selten zu chronischen (Ehe-) Konflikten. RASCH und PETERSEN (94) beschreiben den chronischen Konflikt als wichtiges Glied in der psychodynamischen Entwicklung zur Tat hin, da er die Ausbildung einer homizidalen Bereitschaft fördert. Diese Ausbildung einer spezifisch inneren Verfassung, bedingt nach MALMQUIST (70) und RODENBURG (99), eine Verände-

Abb.5: Familienstand der Delinquenten

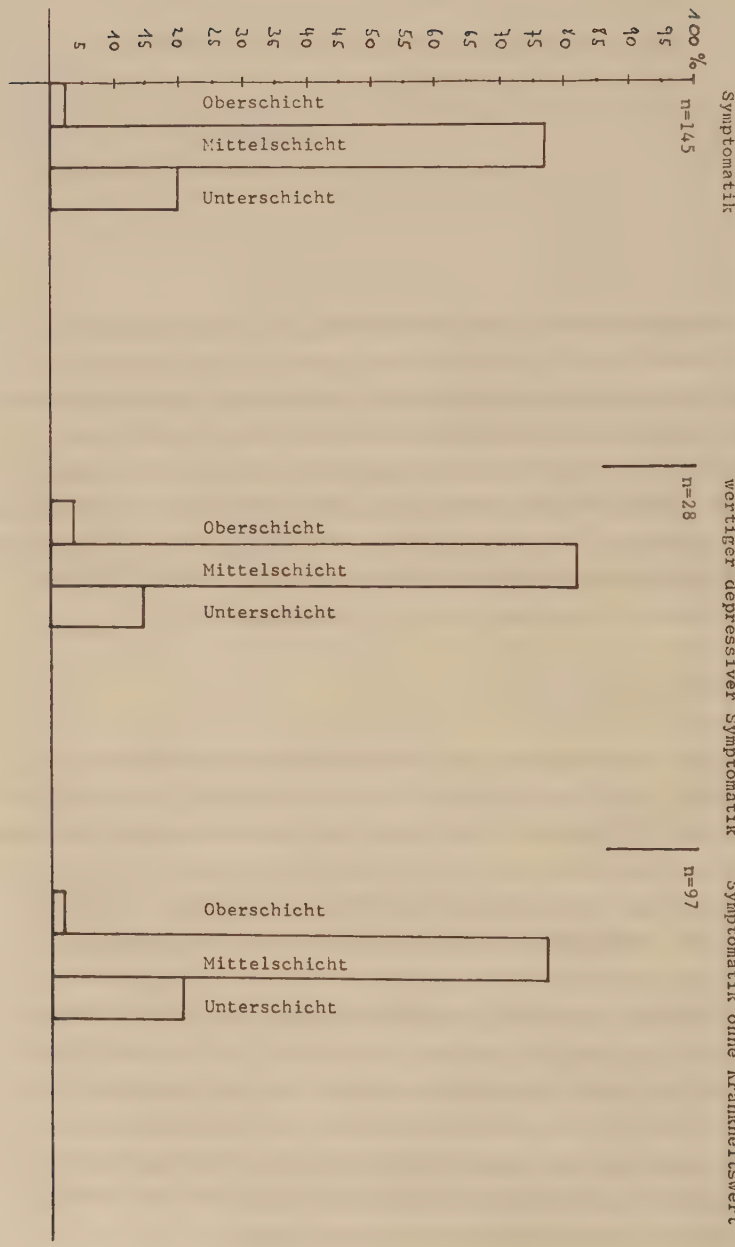


rung der Bewußtseinsstruktur des Depressiven, mit einer Verwischung der Grenzen zwischen Subjekt und Objekt. Das Opfer wird introjiziert, die Aggression richtet sich gegen das Selbst und entzieht sich dem strafenden Überich und wird somit weniger stark erlebt. Beim erweiterten Suicid, bei dem Personen des engsten Lebenskreises, ohne ihre Einwilligung und ihr Wissen, der Mitnahmetendenz des Depressiven zum Opfer fallen (MENDE, 72; BURCHARD, 17) sind die Motive vielfältig. Sie entstehen aus Mitleid und zeigen deutliche altruistische Merkmale (MENDE, 72) oder Bestrafungstendenzen gegenüber dem Opfer (BURCHARD, 17).

7.3.3.4. Soziale Schicht (Abb. 6)

Der Unterschied beim Vergleich der schichtspezifischen Herkunft der Delinquenten ist nicht beträchtlich. Daß der Anteil der Angehörigen aus der Mittel- und Oberschicht in der Gruppe der krankheitswertig depressiven Täter höher ist als in den Vergleichsgruppen, entspricht der Beobachtung des häufigeren Vorkommens depressiver Erkrankungen in Mittel- und Oberschicht (BURCHARD, 17). Nach SCHULTE-TÖLLE (113) konnte die Annahme, daß melancholische Patienten in sozial und wirtschaftlich höher gestellten Schichten auftreten, statistisch nicht verifiziert werden. Vergleichswerte zur sozialen Herkunft depressiver Delinquenten liegen nicht vor; es sei jedoch darauf hingewiesen, daß alle Straftäter, die SCHULTE (112) 1954 in Kasuistiken vorstellte, aus der Mittel- bzw. Oberschicht stammten. Dies legt die Vermutung nahe, daß Aggressionstäter mit krankheitswertig depressiver Symptomatik vielleicht doch eher der sozial gehobeneren Schicht zugeordnet werden können.

Abb.6: Schichtzugehörigkeit der Delinquenten



7.3.3.5. Berufliche Qualifikation (Abb. 7)

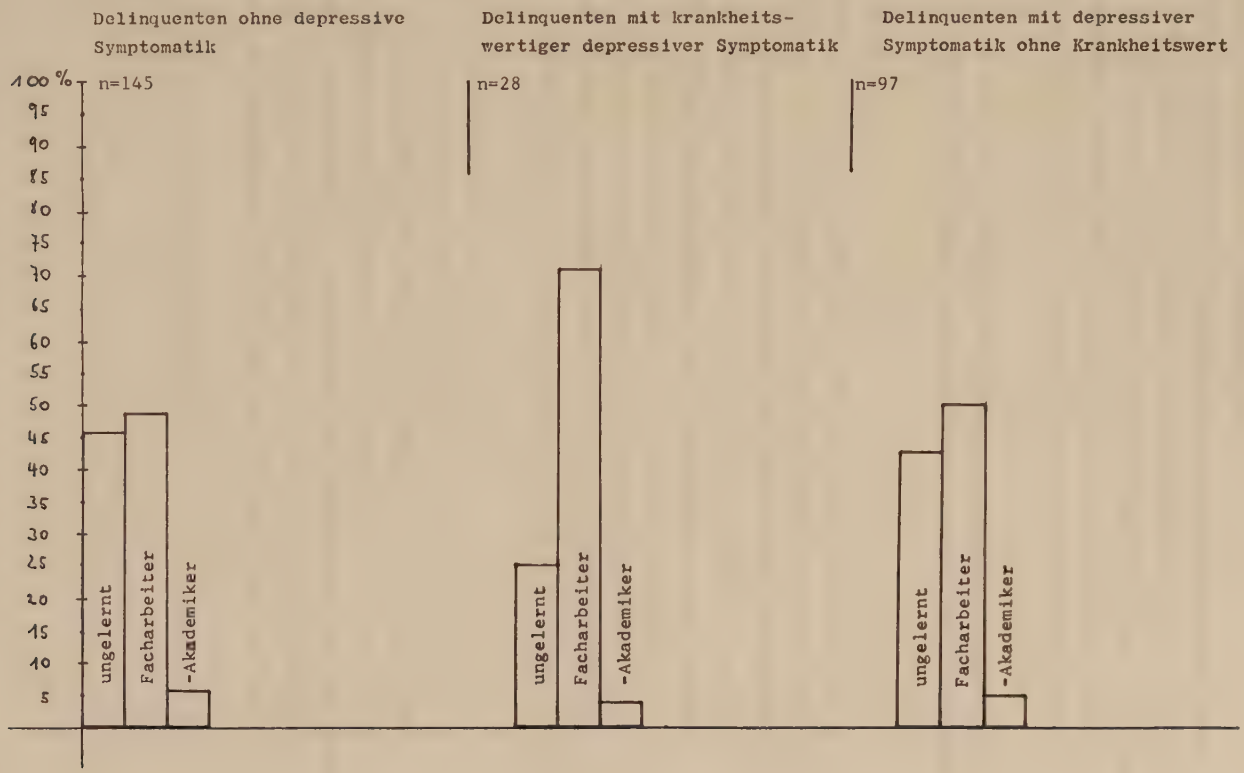
Die obige Annahme erhärtet sich, wenn man eine Verbindung zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und beruflicher Qualifikation herstellt. Mit 74,4 % Anteilen ist die Berufsgruppe der Facharbeiter bei den Tätern mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik deutlich höher als in Gruppe 1: 48,9 % und Gruppe 3: 50,5 %. Zugleich ist der Anteil ungelernter Delinquenten in Gruppe 2 mit 25 % deutlich niedriger als in Gruppe 1 (45,3 %) und Gruppe 3 (43,2 %).

Gerade im Bereich der beruflichen Qualifikation ist eine Beurteilung und Wertung nur dann möglich, wenn man die prämorbide Persönlichkeitsstruktur des Depressiven beachtet. TELLENBACH (117) beschreibt bei der prämorbiden Persönlichkeit, bezüglich des Berufes folgendes: Wahl eines gesicherten Arbeitsverhältnisses; hohe Anforderungen an das eigene Leisten; unermüdlich rastloses Schaffen; Aufopferungsbereitschaft; minuziöse Ordentlichkeit; Beliebtheit bei Vorgesetzten, Mitarbeitern und Kunden; Planung nur im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten; dies alles entspricht einer Persönlichkeit im Sinne des Typus melancholicus (TELLENBACH, 116).

Diese Leistungsorientiertheit erklärt den hohen Anteil der Facharbeiter in Gruppe 2 und stellt somit ein wichtiges Differenzierungsmerkmal dar.

Eine Prävalenzrate von 3 - 4 % bedeutet, daß depressive Erkrankungen zu den häufigsten gehören (HELMCHEN, 41). Melancholien scheinen weniger als schizophrene Psychosen von sozialen Faktoren abhängig zu sein (SCHULTE-TÖLLE 113). MENDE (72, 73, 74) betont die vielfältigen Möglichkeiten kriminellen Entgleisens bei quantitativ geringerem kriminellem Entgleisungsrisiko im Gegensatz zu Schizophrenen.

Abb.7: Berufliche Qualifikation der Delinquenten



7.3.4. Familiäre Faktoren

Belastungen in früher Kindheit und deren spätere Auswirkungen werden als ursächliche Teilfaktoren für depressives Erkranken, suicidales Handeln, aggressives Verhalten und kriminelles Entgleisen benannt. Aus diesem Grund darf von vorneherein angenommen werden, daß sich die zu untersuchenden Parameter in allen drei Gruppen annähernd gleichen werden. Das Ziel dieser Arbeit ist jedoch nicht nur Unterschiede sondern auch Gemeinsamkeiten aus der biographischen Anamnese der Delinquenten herauszuarbeiten.

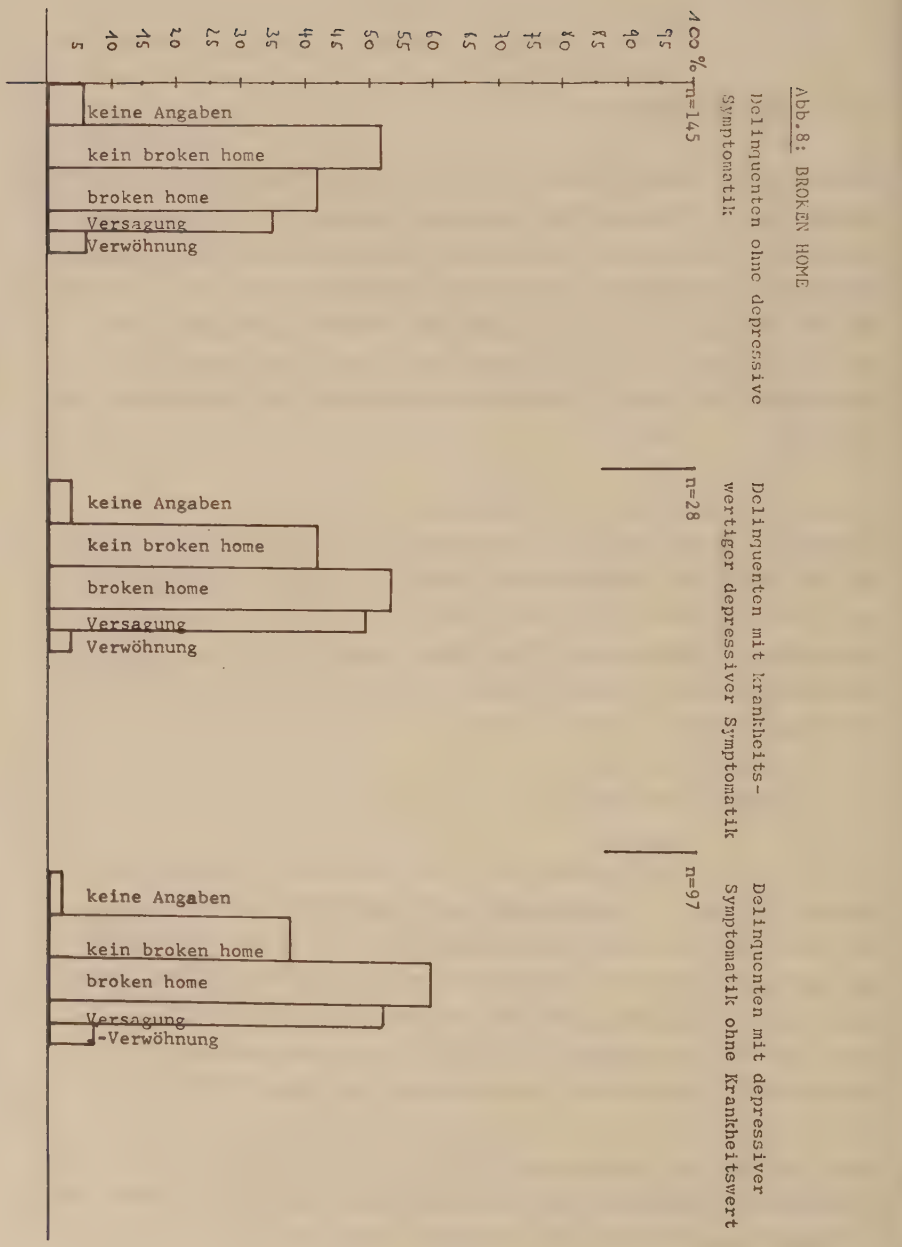
In allen Untersuchungen über frühkindlich traumatische, subjektive Belastungen stellt sich das methodische Problem der späteren Objektivierung die durch die frühkindliche Amnesie, Verdrängung, Erinnerungsfälschung und Scheinkausalität beeinträchtigt wird (HENSELER, 42). Neben bestimmten Erinnerungen wird bestimmtes Wissen tradiert und entwicklungspsychologische Studien konnten bestimmte Belastungen nachweisen, die traumatisch verarbeitet werden.

7.3.4.1. Broken home (Abb. 8)

Sowohl die Täter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik (53,5 %) als auch die Täter mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert (59,7 %) wuchsen in einer Familiensituation auf, in der sie durch schwerwiegende Ehekrisen, Scheidung oder Tod, einen Elternteil über längere Zeit entbehren mußten und Fürsorgemängel erlitten. Die Eltern waren entweder geisteskrank, neurotisch oder psychopathisch, die Väter alkoholsüchtig (entspricht der Definition von SCHULTE-TÖLLE, 113).

Diese Situation des Broken home traf im Vergleich hierzu für 42,1 % der Delinquenten aus Gruppe 1 zu. Aus Abb. 8 geht gleichzeitig hervor, daß die Broken home-Situation in allen Fällen über 80 %, durch Versagungssi-

Abb.8: BROKEN HOME



tuationen bedingt waren. Nur durchschnittlich 11 % (Gruppe 1: 14,8 %; Gruppe 2: 6,7 %; Gruppe 3: 12,1 %) wuchsen unter "verwöhnenden", nicht desto trotz zerrütteten Verhältnissen auf. Unsichere und ängstliche Mütter verdecken mit übertriebener Fürsorglichkeit ihre ablehnende und latent aggressive Haltung (SCHULTE-TÖLLE, 113). Keine Angaben zu einer Broken home-Situation war zu erhalten bei 5 % der Delinquenten in Gruppe 1, 3,5 % in Gruppe 2 und 2,1 % der Täter in Gruppe 3.

In Gruppe 1 waren von den 61 Delinquenten (= 42,1 %) mit Broken home 12 Delinquenten (= 19,6 %) suicidal.

In Gruppe 2 waren von den 15 Delinquenten (= 53,5 %) mit Broken home 13 Delinquenten (= 86,6 %) suicidal.

In Gruppe 3 waren von den 58 Delinquenten (= 59,7 %) mit Broken home 32 Delinquenten (= 55,1 %) suicidal.

Vergleichswerte zwischen Suicidalität und Broken home finden sich bei WALTON (124); bei 46 (= 76,6 %) von 60 Patienten mit depressiver Syndromatik (ohne Delinquenz) fand er eine Broken home-Situation. Diese Ergebnisse deuten daraufhin, daß sich, bei Vorliegen einer Traumatisierung durch eine Broken home-Situation bei Depressiven, durch einen Summationseffekt die Gefahr der Suicidalität und des kriminellen Entgleisens um etliches erhöht.

7.3.4.2. Heimunterbringung (Abb. 9)

Die Delinquenten, die längere Zeit ihrer Kindheit und Jugend in einem Heim zubrachten, teilen sich wie folgt auf:

Gruppe 1: 22,1 %;

Gruppe 2: 14,3 %;

Gruppe 3: 21,6 %.

Die von SPITZ (106) beschriebene anaklitische Depression (eine depressionsähnliche Erkrankung, die durch den Verlust der ersten Bezugsperson entsteht), führt zu den als Hospitalismus bekannten Schäden. Die schlimmste Folge für das Kind ist ein totaler Affektentzug durch das Pflegepersonal, der bis zum Tod führen kann. Wegen gestörter Identifikation prädisponiert diese frühkindliche Traumatisierung zu späterem neurotischem, krininellem Handeln (KERSCHER, 49). Aus dieser Situation mangelnder emotionaler Zuwendung bei hospitalisierten Kindern, scheinen sich später eher psychopathische Krankheitsbilder zu entwickeln (KERSCHER, 49), was in Einklang zu bringen ist mit den Untersuchungsergebnissen, da die oben genannte Diagnose häufiger in den Gruppen 1 und 3 gestellt wurde.

7.3.4.3. Erziehung (Abb. 10 und Abb. 11)

Abb. 10 und 11 zeigen im Anschluß an die globaleren Aussagen über frühkindliche Traumatisierung zwei Erziehungsmuster, die als mittel- bzw. unterschichtsspezifisch gelten (KERSCHER, 49).

Abb.9: Heimunterbringung während Kindheit und Adoleszenz

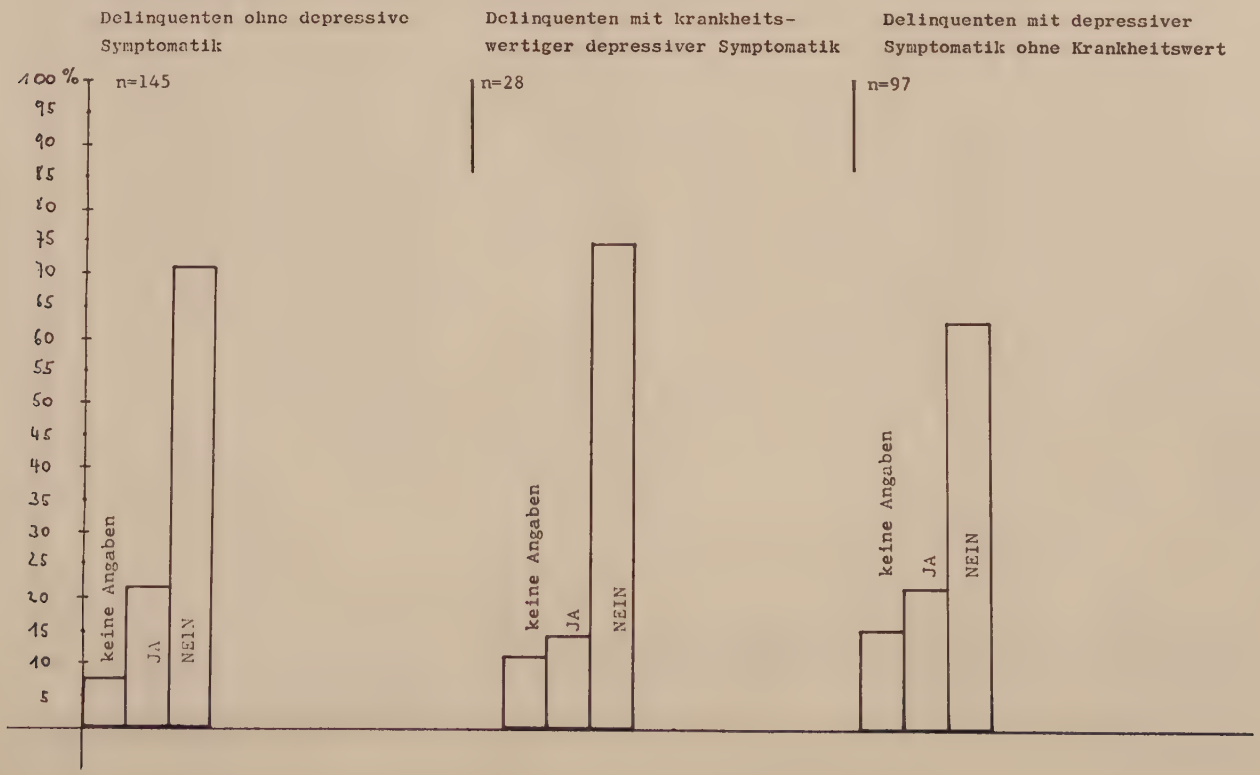


Abb.10: Emotionale Deprivation

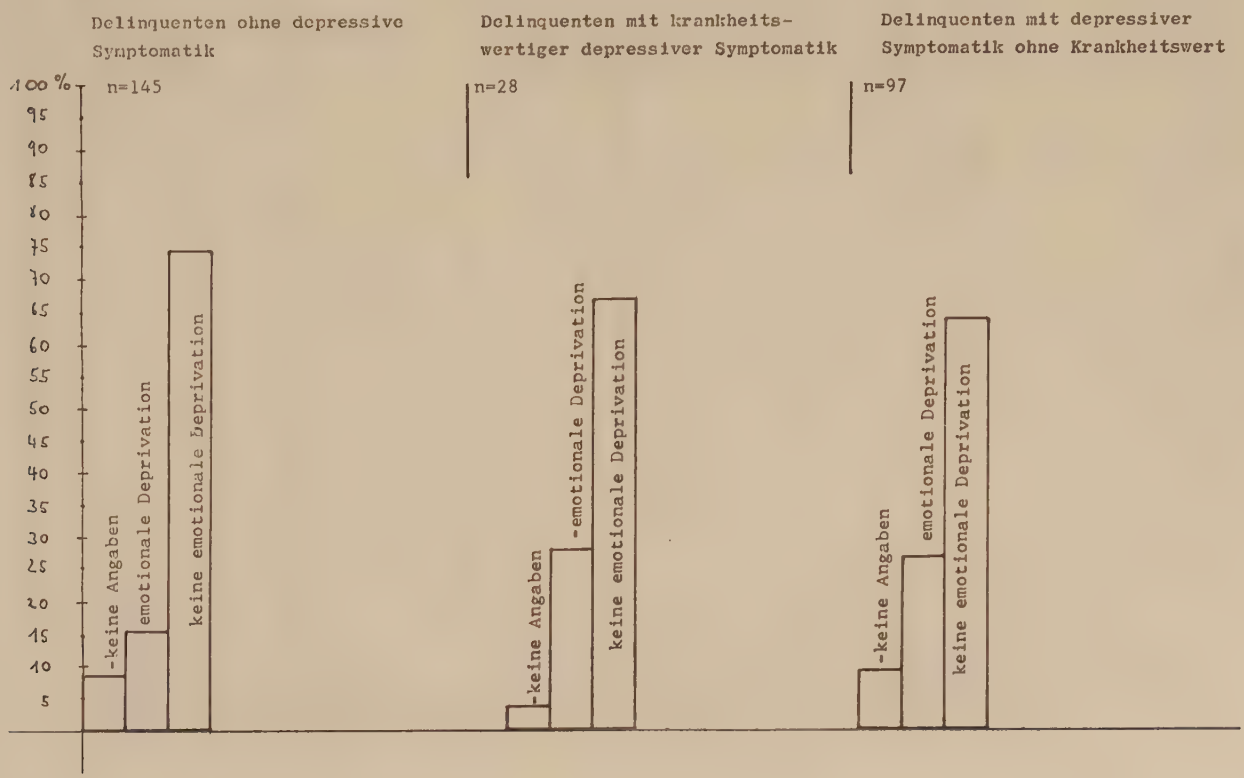
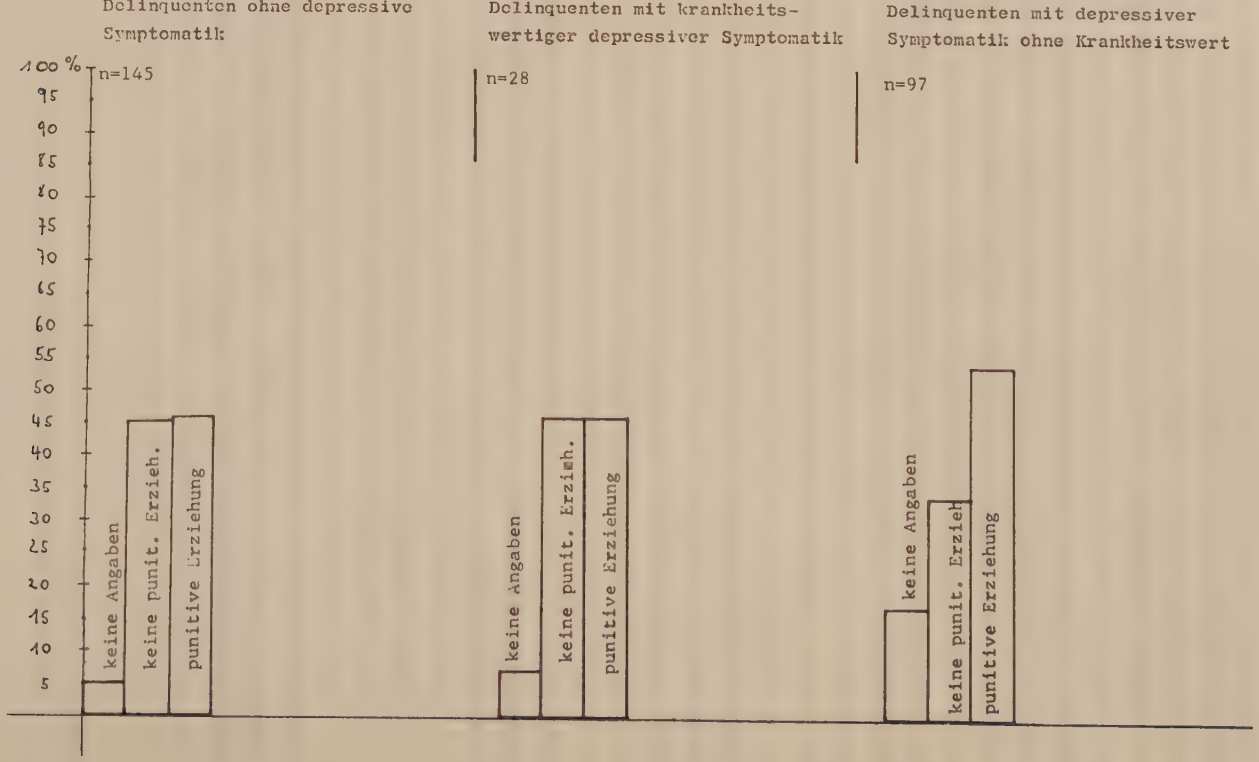


Abb.11: Punitive Erziehung



Emotionale Deprivation erfuhren die Täter ohne depressive Symptomatik in 15,8 % der Fälle. In Gruppe 2 und 3 waren die Anteile jeweils erhöht und mit 28,5 % bei Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik annähernd gleich der, der Täter ohne krankheitswertiger depressiver Symptomatik mit 26,8 %. Die Leistungsorientiertheit des prämorbid Depressiven, die TELLENBACH (117) beschrieb, hat ihren Ursprung in der Erziehung durch Liebensentzug. "Das Leistungsmotiv der Kinder steigt umso mehr, je intensiver die Mutter das auf die Leistungserwartungen bezogene Verhalten des Kindes mit kontrastierenden, liebesorientierten Sanktionen belegt und je strenger sie ihre Einhaltung überwacht" (CÄSAR, 21). Bei Handhabung dieses repressiven Erziehungsstils und fehlender emotionaler Wärme, kommt es zu zwanghaften Überichbildungen, rigidem, moralischem Bewußtsein mit latenter, verdrängter Aggressivität (KERSCHER, 49). Das erhöhte Vorkommen dieses Merkmals in Gruppe 2 und 3, weist zwar auf den pathogenen Effekt emotionaler, deprivativer Erziehung hin, bietet jedoch keinen Anhalt für eine spätere Krankheitswertigkeit.

Das Vorherrschen punitiv-restriktiver Erziehungsmethoden führt neben späterer Ichschwäche, Unselbständigkeit und Angst zu eher offener Aggression (CÄSAR, 21). Die hierzu gefundenen Werte aus dem vorliegenden Material unterscheiden sich in allen drei Gruppen nicht erheblich (siehe Abb. 11). Fast übereinstimmend waren die Prozentanteile bei den Tätern ohne depressive Symptomatik (46,3 %) mit denen der Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik (46,4 %). In Gruppe 3 lag der Anteil der Täter, die punitiv erzogen wurden bei 54,7 %.

Die Untersuchungsergebnisse über die Einflüße der Erziehungsmethoden liefern kein Differenzierungskriterium innerhalb der drei Gruppen, weisen aber auf den kriminaltheoretischen Aspekt schichtspezifischer Sozialisationsformen hin.

7.3.4.4. Dominanz eines Elternteils (Abb. 12)

Die Folgen eines überrepräsentierten Einflußes eines einzelnen Elternteils an der Erziehung wurde bereits am Beispiel der repressiv, mit sanktionierender Liebe handelnden Mutter in Kapitel 7.3.4.3. aufgezeigt. Beim Vergleich der drei Tätergruppen hinsichtlich des dominanten Elternteils in der Jugend ergibt sich folgende prozentuale Verteilung:

IN ALLEN DREI GRUPPEN ÜBERWIEGT DIE DOMINANZ DES VATERS
(Gruppe 1: 48,3 %; Gruppe 2: 42,9 %; Gruppe 3: 37,2 %).

Eine führende Rolle der Mutter in der Erziehung findet sich bei den Delinquenten mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert (32,9 %); verglichen mit den Tätern ohne depressive Symptomatik (22,1 %) liegt der prozentuale Anteil der Delinquenten aus Gruppe 2 mit 28,6 % dazwischen. Es gilt hinzuweisen auf die hinreichend bekannten Zusammenhänge zwischen frühkindlichen emotionalen Defiziterfahrungen die, durch die Dominanz der Mütter repressiv auf die Entwicklung von Eigeninitiative bei den Kindern einwirkt (CÄSAR, 21). Greift man innerhalb der drei Tätergruppen die Sexualdelikte heraus, so findet man hier einen weitaus höheren Prozentanteil von Delinquenten mit dominanten Müttern, verglichen mit der Gesamtverteilung. Bei den Tätern der Gruppe 1 mit Sexualdelikten hatten 46,7 % eine dominante Mutter. Der Anteil der sexuell straffällig gewordenen Delinquenten mit dominanter Mutter in den Gruppen 2 und 3, betrug jeweils 66,7 %. Die dieser Arbeit zugrunde liegenden sexuellkriminellen Delikte (wie die Vergewaltigung und der Vergewaltigungsversuch), bezeichnet WIEDERHOLT (128) als Ausdruck einer sexualisierten, aggressiven Spannung, die in einer Krisensituation an einem bekannten oder anonymen Sexualpartner abgelassen wird. Die Krisensituation ist vergleichbar mit präsuicidaler Stimmung; bisherige Kompensationsmechanismen brechen zusammen. Ähnlich wie bei der suicidalen Reaktion kommt es zu Regression, im Gegensatz dazu aber nicht zu völliger Aufgabe der Identität sondern der Täter glaubt, noch Identität im sexuellen Bereich

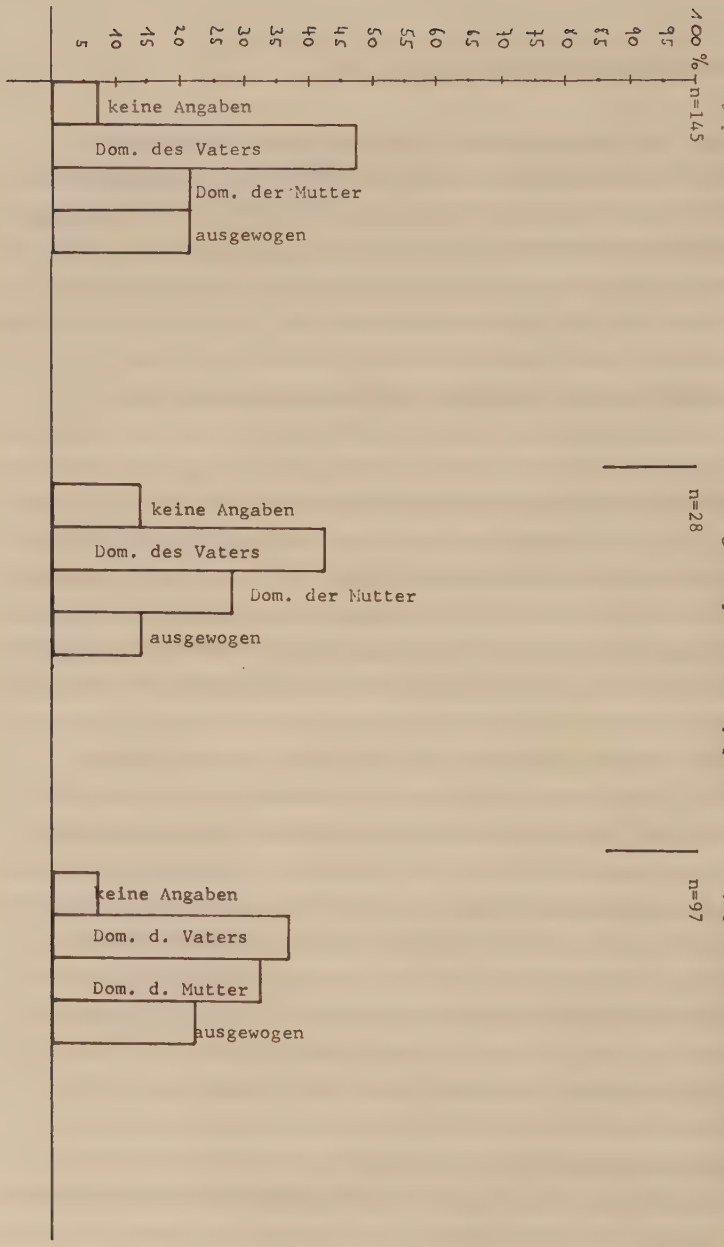


Abb.12: Dominanz eines Elternteils

zu finden. Bezieht man den Einfluß der Mütter mit ein, so verwundert es nicht, daß die entzündete Aggression sich oft gegen die Mutter oder Mutterrepräsentanz in den weiblichen Bezugspersonen richtet (WIEDERHOLT, 128). Auf eine neurotische Hemmung der psychosexuellen Funktion bzw. einer Regression und starke Mutterfiguren bei Sexualtätern weisen SCHULTE-TÖLLE (113) hin.

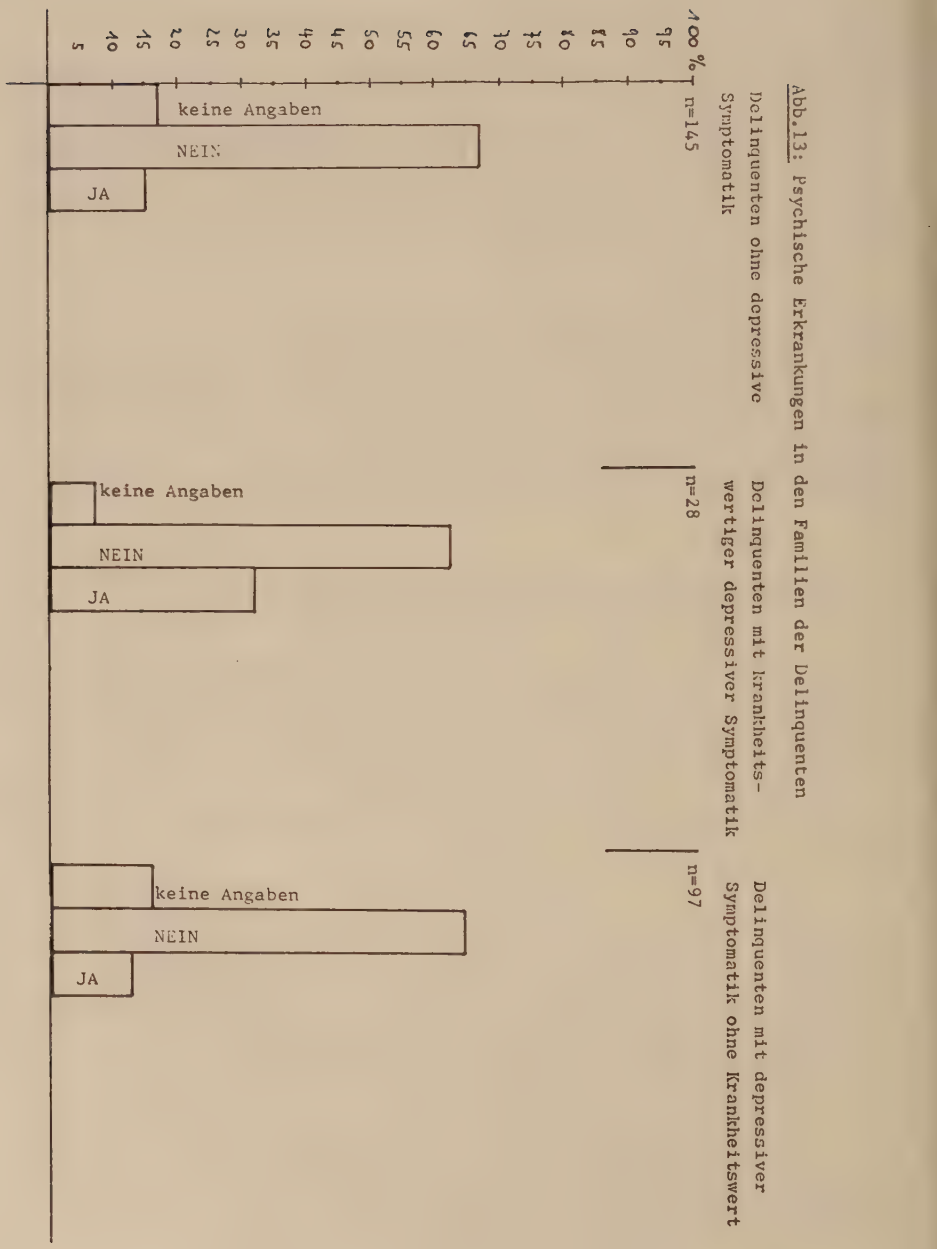
Frühkindliche Traumatisierung durch Erziehungsfehler wurden als Bedingungen sowohl kriminellen Verhaltens (bei Dominanz der Mütter: Speziell sexuell-kriminelles Verhalten) als auch depressiver Entwicklungen angesehen. Die gefundenen Werte sprechen ebenfalls dafür und weisen auf einen Summationseffekt bei depressiven Delinquenten mit Sexualdelikten hin.

7.3.4.5. Psychiatrische Erkrankungen in der Familie (Abb. 13)

Mit 32,1 % war der Anteil psychiatrisch erkrankter Familienmitglieder in der Gruppe der Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik am höchsten. Psychische Erkrankungen der Familienmitglieder fanden sich bei den Tätern ohne depressive Symptomatik in 15,8 % der Fälle, bei den Tätern mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert in 19,1 % der Fälle.

Das Erkrankungsrisiko der Angehörigen von Depressiven ist nicht nur für diejenigen I. Grades deutlich erhöht; auch die Morbiditätsrate für entferntere Verwandte, wie Onkel oder Tante, liegt ebenso deutlich über dem allgemeinen Erkrankungsrisiko in der Bevölkerung (BLEULER, 15; PERRIS, 87; HELMCHEN, 41). SZONDI (108) geht noch weiter; er weist anhand von Stammbäumen die Heredität, unter anderem der Depression, nach und erklärt gleichzeitig durch die genotropische Wahltheorie, daß sich Menschen dann zueinander hingezogen fühlen, wenn in ihren Genbeständen gleiche oder verwandte latente Gene enthalten sind.

Abb.13: Psychische Erkrankungen in den Familien der Delinquenten



Das Vorkommen psychischer Erkrankungen in der Familie bei den Delinquenten in Gruppe 3, erklärt sich aus den obigen Überlegungen; aber trotz angenommener Heredität kann keine Aussage über den zu erwartenden Krankheitswert des genetisch Betroffenen gemacht werden.

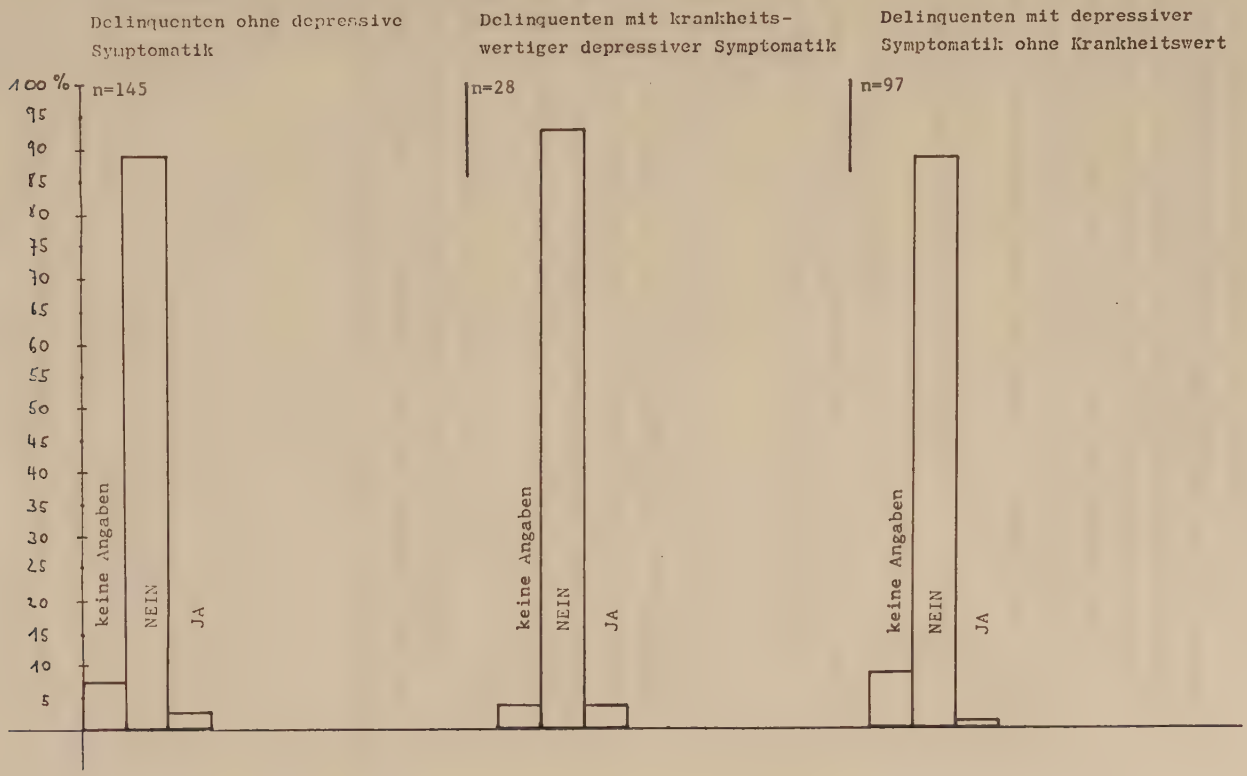
Eine erhöhte Morbiditätsrate liegt nicht nur für depressive Erkrankungen vor sondern auch für andere psychische Verstimmungen. So kommen zum Beispiel unter den Verwandten von Schizophrenen mehr schizophrene und schizoide Persönlichkeiten vor als in der Gesamtbevölkerung (BLEULER, 15); hiermit erklärt sich das Vorkommen familiärer psychischer Erkrankungen in Gruppe 1.

Die gefundenen Werte spiegeln somit allgemeine Erfahrungen wieder, entbehren aber hinsichtlich des Zusammenhangs mit kriminellen Entgleisungen, entsprechender Vergleichswerte.

7.3.4.6. Kriminalität in der Familie (Abb. 14)

Der geringen anteilsmäßigen Verteilung wegen (in Gruppe 1 kam in 2,8 % der Fälle, in Gruppe 2 in 3,5 % der Fälle und in Gruppe 3 in 1 % der Fälle Kriminalität in den Familien vor), kann aus statistisch-methodischen Gründen von diesen Angaben aus nicht auf einen Zusammenhang zwischen Erblichkeit krimineller Entgleisungsmöglichkeiten und psychischer Erkrankungen geschlossen werden. Eher scheint hier Aggression als erlerntes Verhalten eine wichtige Rolle zu spielen.

Abb.14: Kriminalität in den Familien der Delinquenten



7.3.5. Psychologische Faktoren

Zu den meisten psychiatrisch begutachteten Delikten wurde ein psychologisches Zusatzgutachten erstellt. Je nach Fragestellung wurden verschiedene psychologische Testverfahren angewandt. Aus diesem Grund werden im folgenden nicht die Ergebnisse der verschiedenen Testverfahren miteinander verglichen, sondern aus den anamnestischen Angaben hervorgehende Bereiche beschrieben.

7.3.5.1. Beeinträchtigungen im Bereich der Persönlichkeitsstruktur (Abb. 15)

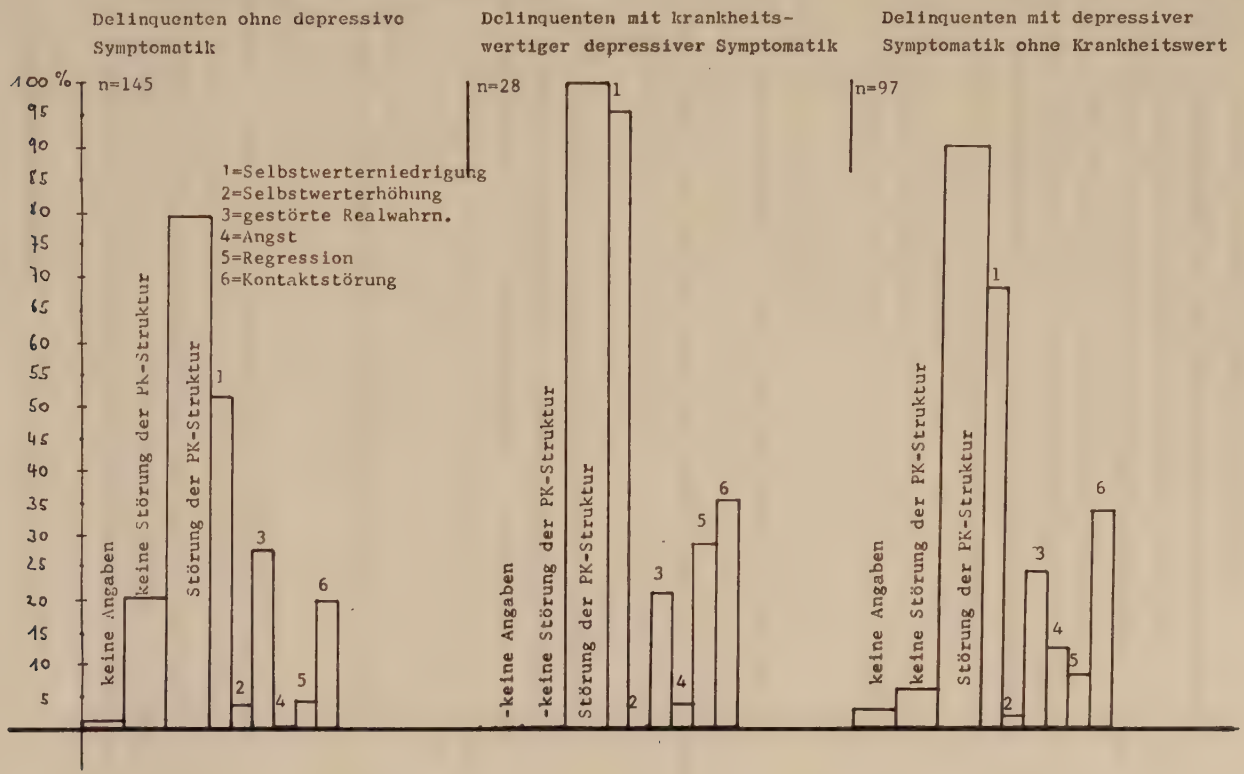
Hierbei handelt es sich um Faktoren des subjektiven Erlebens, die wegen ihrer Unvollständigkeit und terminologischen Differenz in der klassischen und psychoanalytischen Psychiatrie nicht als Ichstörungen bezeichnet wurden. Aus Abb. 15 sind die bewerteten Parameter ersichtlich.

Bei 80 % der Delinquenten aus Gruppe 1, liegt eine Beeinträchtigung des subjektiven Erlebens vor. In der Gruppe der Delinquenten mit depressiver Symptomatik finden sich Beeinträchtigungen bei der Gesamtheit der krankheitswertig Depressiven und in 90,7 % bei den Tätern mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert.

Deutlichere Unterschiede der einzelnen Gruppen finden sich, wenn man die verschiedenen Parameter untersucht.

Das Selbstwerterleben war bei 65,5 % der Täter aus Gruppe 1 erniedrigt. Höhere Prozentanteile fanden sich in den beiden anderen Gruppen, mit 96,4 % bei den Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik und 76,1 % bei den Tätern mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert. Des sthenischen Persönkeitsanteils (sthenischer Stachel) wegen, kommt es bei selbstunsicheren (asthenischen) Menschen immer wieder zu Konflikten (KRETSCHMER, 57). Die entstehenden Konfliktspannungen können nicht verdrängt, verleugnet oder isoliert werden; sie sind im

Abb.15: Störungen der Persönlichkeitsstruktur



Bewußtsein und stark affektbesetzt. Bei primärem Affektstau werden aggressive Regungen zurückgehalten (SCHULTE-TÖLLE, 113). Die Psychoanalyse spricht hier von der narzißtischen Krise (HENSELER, 42). Erst bei erheblicher Affektstauung treten gelegentlich heftige explosive Ausbrüche auf (SCHULTE-TÖLLE, 113).

MENDE (75) trifft die Feststellung, daß im forensisch-psychiatrischen Bereich den Krisen des Selbstwerterlebens eine größere kriminogene Bedeutung zukommt, als dies früher zugestanden wurde. Erschütterungen der Selbsteinschätzung und das Eingeständnis der eigenen Seins- und Leistungsinsuffizienz, können indirekt zu aggressiven und vor allem triebbetonten Handlungen Anlaß geben.

Eine eingeschränkte Fähigkeit der Realitätsprüfung lag in den drei Delinquentengruppen unterschiedlich verteilt vor. Die Täter ohne depressive Symptomatik wiesen mit 35,3 % den höchsten Prozentsatz auf. In Gruppe 2 fand sich dieser Parameter bei 21,4 % und bei 27,2 % in Gruppe 3. Störungen der Realitätswahrnehmung treten bei den verschiedenen Krankheitsbildern nicht nur unterschiedlich auf, sie sind auch verschiedener Genese. Die Wahnwahrnehmung bei Erkrankungen aus dem Formenkreis der paranoid-halluzinatorischen Psychosen (BLEULER; 15; BURCHARD, 17; KUTTER, 60; SCHULTE-TÖLLE, 113), gehören ebenso in diese Gruppe wie das amentielle Syndrom (SCHULTE-TÖLLE, 113) oder die mangelnde Fähigkeit zur Realitätsangleichung im psychoanalytischen Sinne (HENSELER, 42; WELLHÖFER, 126). In Gruppe 1 kommen Delinquenten mit psychischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder mit hirnorganischen Psychosyndromen weit häufiger vor als in Gruppe 2 oder 3, was den hohen Prozentanteil eingeschränkter Realitätsprüfung erklärt. Realitätsgerechtes Handeln wird bei den Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik vor allem durch zwei Merkmale eingeschränkt: "Synthyme Wahnbildung" während endogener Depressionen verzerren die Realität ebenso wie die psychodynamischen Mechanismen der Verleugnung, Idealisierung und Regression bei neurotischen Depressionen. Letzteres trifft auch für die Gruppe der Täter mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert zu.

Nach BLEULER (15) ist die Angst mit den gewöhnlicheren Formen der Depression verbunden, kann aber auch isoliert oder ohne Grund auftreten ("frei flottierende Angst"). Sie entsteht meist unter dem Eindruck seine Bestimmung verfehlt, seine Fähigkeiten, sein Wesen nicht realisiert und selbstsüchtig gelebt zu haben. Im Gegensatz zur Furcht, handelt es sich bei Angst um eine unbestimmte, gegenstandslos, anonyme, unmotivierte Emotion (v. BAEYER, v. BAEYER-KATTE, 5) bei deren Überwertigkeit die Persönlichkeitsstruktur beeinflußt wird.

Pathologisch ist Angst immer dann, wenn sie an das Vorhandensein einer psychischen Krankheit gebunden ist; abnorm oder pathologisch im weiteren Sinne bei neurotischen Fehlhaltungen, äußeren und inneren abnormen Erlebnisreaktionen.

Die niedrigen Zahlenwerte (in Gruppe 1: 0 %; Gruppe 2: 3,5 %; Gruppe 3: 14,7 %) dürfen nur dann als relevant angesehen werden, wenn man beachtet, daß Intensität, Dauer und Qualität nicht gemessen werden konnten, sondern nur anhand von Rückschlüssen zur Zeit der Untersuchung ausgegangen werden kann.

Als Regression bezeichnet BLEULER (15) ein Zurückfallen von einem reifen in ein infantiles Stadium, das entweder bei paranoid-halluzinatorischem Existenzerleben oder bei reaktiven Charakterveränderungen auftritt. In der psychoanalytischen Neurosenlehre bedeutet Regression eine Rückkehr zum magischen Denken (SCHULTE-TÖLLE, 113), die gewonnene Individualität oder persönliche Identität wird wieder aufgegeben zugunsten von Verschmelzungsphantasien (HENSELER, 42). Die Regression dient der Abwehr nicht eingestandener, aggressiver und sexueller Impulse (ELHARDT, 27; SCHULTE-TÖLLE, 113). Kann die im Selbstgefühl repräsentierte Persönlichkeitsstruktur nicht mehr anders geschützt werden, kommt es unter

Verzicht der Identität als Individuum zu einer Verschmelzung mit einem primär erlebten Objekt, unter der Illusion von Selbstbestimmung zum Suicid (ELHARDT, 7; HENSELER, 42; WELLHÖFER, 128). Es handelt sich also bei diesem Begriff nicht um einen psychose- bzw. neurosespezifischen Terminus.

Das Überwiegen regressiver Tendenzen als Beeinträchtigung der depressiven Persönlichkeitsstruktur findet sich auch im vorliegenden Material. Die Täter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik erreichen anteilsmäßig mit 28,8 % den höchsten Wert. Die Täter der Gruppe 1 zeigten Regression in 5,1 % der Fälle, die der Gruppe 3 in 9,7 % der Fälle.

Störungen der Kontaktfähigkeit, zu denen BLEULER (15) unter anderem Zurückgezogenheit, Äußerungsunfähigkeit und Aggressivität rechnet, entstehen meist schon in der Zeit der jugendlichen Entwicklung oder sind symptomatisch während spezifischer, psychischer Erkrankungen.

Bei den Delinquenten ohne depressive Symptomatik konnten Kontaktstörungen in 25 % der begutachteten Fälle gefunden werden. Anteilsmäßig deutlich erhöht finden sich Kontaktstörungen bei vorliegender depressiver Symptomatik (38,7 % in Gruppe 2; 37,5 % in Gruppe 3).

Bei positiv sozialer Einstellung des Depressiven (BLEULER, 15; ELHARDT, 27; GRUHLE, 38; SCHULTE-TÖLLE, 113), lebt dieser oft zurückgezogen und gerät während der Krankheitsphasen in eine Art soziale Isolation (BLEULER, 15). Innere Leere und Einsamkeit, Hemmung, Versagenszustände und paranoide Gedankeninhalte führen ebenso wie gestörte Aggressionsverarbeitung eher zu autodestruktivem Verhalten als zu Kontaktnahme.

Für die forensische Bedeutung der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsstruktur führte MENDE (75) aus, daß durch Erschütterung der Selbsteinschätzung und des Eingeständnisses der eigenen Seins- und Leistungsinsuffizienz, Lockerungen des psychischen Gefüges überhaupt, diese indirekt zu aggressiven und vor allem triebbetonten Handlungen Anlaß geben können, die zuweilen kompensatorischen Charakter haben. Er stellt dies unter das Kapitel der Kriminalität aus Schwäche, für das er eine größere Beachtung fordert.

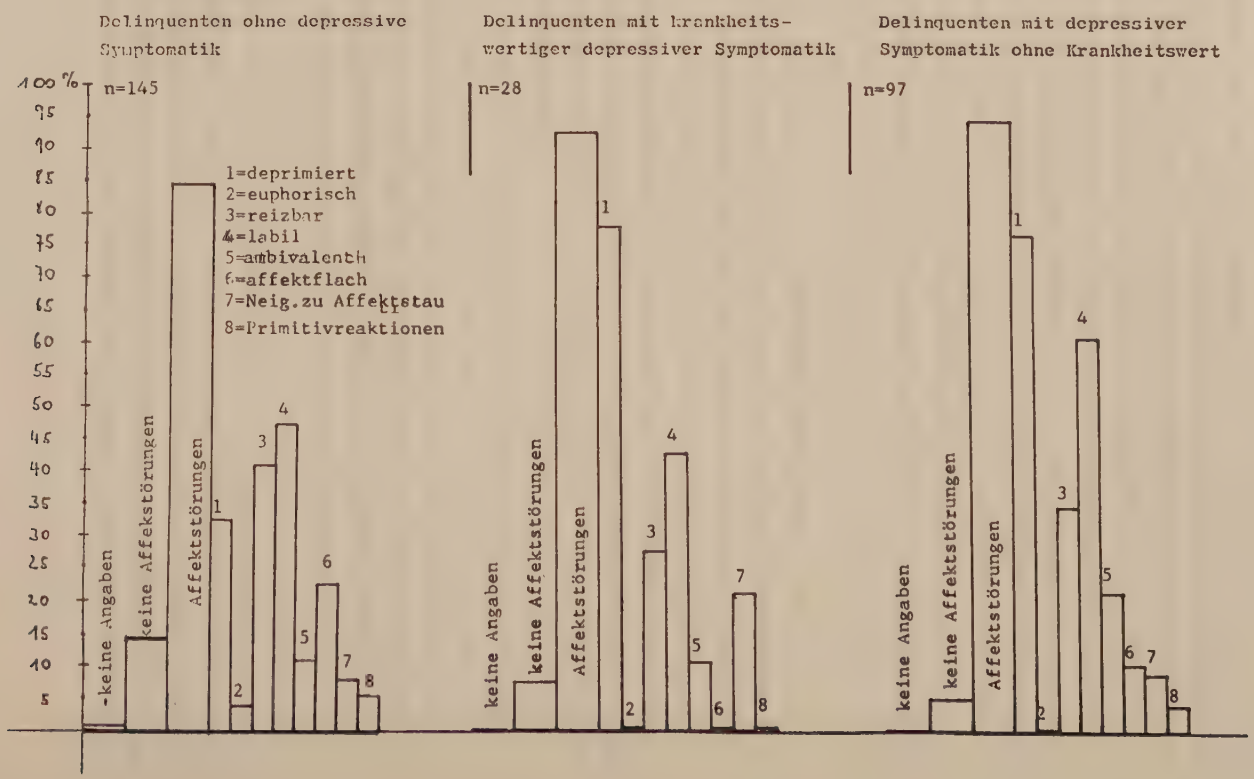
7.3.5.2. Affektstörungen (Abb. 16)

Unter dem Begriff der subjektiv erlebten Affektivität werden Gefühls- und Gemütsleben, die Stimmungen, die Emotionen und die Triebhaftigkeit zusammengefaßt (BLEULER, 15). Äußerungen zeigen sich in Motorik, Mimik, Stimme, Körperhaltung, Gang sowie in vegetativen Funktionen.

Störungen im Bereich der Affekte fanden sich bei 123 Tätern ohne depressive Symptomatik (= 84,9 %). In Gruppe 2 hatten 26 Delinquenten (= 92,8 %) Affektstörungen. In Gruppe 3 konnten diese bei 92 Delinquenten (= 92,7 %) mit depressiver Smptomatik ohne Krankheitswert gefunden werden. Um genauere Aussagen über das Vorkommen und Ausmaß der affektiven Dysfunktion machen zu können, wurden einzelne Affekte auf ihre Häufigkeit innerhalb der einzelnen Gruppen untersucht.

Hierbei zeigt sich, daß bei den 123 affektgestörten Delinquenten aus Gruppe 1, Verstimmungen depressiver Art mit 39 % weitaus geringer sind als in Gruppe 2 (84,6 %) und Gruppe 3 (81,5 %). Affektiv-deprimierte Gefühlszustände können ohne symptomatologisch für eine Depression zu sein, auch bei anderen psychischen Erkrankungen auftreten (SCHULTE-TÖLLE, 113). Innerhalb depressiver Verstimmungen bilden sie meist ein Leitsymptom. Die hierzu gefunden Zahlenwerte befinden sich mit dieser Feststellung in Übereinstimmung.

Abb.16: Affektstörungen



Euphorisch lustbetonte Empfindungen und Gedanken fanden sich nur bei 4 % der Täter aus Gruppe 1; in Gruppe 3 lag gehobene Stimmung nur bei 1 % der Delinquenten vor; bei den Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik konnte euphorische Affektivität nie registriert werden.

Das erhöhte Vorkommen deprimierter Affekte und die geringe Anzahl euphorischer Stimmungshebungen, sprechen für die Annahme LANGELÜDDEKES (62), daß bei Delinquenten depressive Reaktionen als Konsequenzen ihrer Tat auftreten können.

Besondere Tendenz zu Ärger, Zorn und Wut bezeichnet BLEULER (15) als krankhafte Reizbarkeit; sie ist oft verbunden mit vorübergehender Trübung der Überlegung. In der Folge kann es nicht nur zur Irradiierung auf andere Personen kommen, sondern der freigesetzte Zerstörungstrieb wendet sich nicht selten gegen das eigene Selbst. Das häufige Vorkommen hyperthymer Reaktionsweisen in allen drei Delinquentengruppen (Gruppe 1: 48,0 %; Gruppe 2: 30,0 %; Gruppe 3: 36,9 %), spricht für eine latent erhöhte Aggressionsbereitschaft, die durch äußere Einflüße ausgelöst werden kann, ohne dabei das Ziel der Aggression festzulegen.

Unter Labilität der Affekte versteht man deren abnorm kurze Dauer und eine vergrößerte affektive Ablenkbarkeit. Anzeichen hierfür fanden sich während der Untersuchung der Delinquenten aus der Gruppe 1 in 56 %. Am niedrigsten lag der prozentuale Anteil bei den Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik (46,1 %), am höchsten bei denen mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert (64,1 %). Die hohen Prozentanteile sprechen dafür, daß während der gutachterlichen Untersuchungssituation das Delikt rekapituliert wird, wegen der mittlerweile stattgefunden zeitlichen Distanzierung die angeschlagenen Affekte jedoch ohne Dauer bleiben. Ihrer schlechten Meßbarkeit wegen sind sie als Differenzierungskriterium im Nachhinein nicht verwendbar.

Ambivalente Gefühlsbetonung kann sich sowohl auf die Einstellung zur eigenen Person als auch auf Außenstehende bzw. Objekte auswirken (BLEULER, 15; BURCHARD, 17; SCHULTE-TÖLLE, 113; ELHARDT, 27). Der von BLEULER (15) eingeführte Begriff der Ambivalenz, bezieht sich auf Schwankungen einerseits zwischen negativistischer Abwehr anderer Menschen oder abhängiger Symbiose mit ihm. Die daraus entstehende, zu lösende Konfliktsituation ist wichtig für die Genese der Neurosen (BLEULER, 15; SCHULTE-TÖLLE, 113). Im Rahmen einer Schizophrenie kommt es allerdings zu einem beziehungslosen Nebeneinander von unvereinbaren Erlebnisqualitäten (SCHULTE-TÖLLE, 113). Letzere sind im vorliegenden Material nicht erfaßt.

Ambivalenz fand sich annähernd gleich bei den Delinquenten ohne depressive Symptomatik (13 %) und bei denen mit krankheitswertiger depressiver Sympotmatik (11,5 %). Die Täter mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert, weisen Ambivalenz in 22,8 % der Fälle auf. Dieser Gruppe mangelt es an Krankheitswert der depressiven Symptome; die Konfliktlösungen finden keinen eindeutigen Ausweg in einer vorgebahnten Entscheidung zur depressiven Verstimmung hin; ambivalentes Schwanken, neben anderen Formen der Konfliktlösung, tritt somit häufiger auf als in Gruppe 2. In Gruppe 1 sind neurotische Fehlhaltungen wesentlich geringer als in Gruppe 3, so daß auch der prozentuale Anteil gegenüber gegensätzlichen Gefühlsbetonungen geringer ist.

Affektverflachung findet man bei chronischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, hirnorganischen Psychosyndromen und bei chronifizierten abnormen Persönlichkeitsstörungen. Diese Diagnosen wurden am häufigsten bei den Delinquenten ohne depressive Symptomatik gestellt, so daß damit in Gruppe 1 der Anteil mit 27 % der Täter mit Affektverflachung höher ist als in den anderen Gruppen; Gruppe 2: 0,1 %; Gruppe 3: 10,8 %.

Zu Affektstau und Retention aggressiver Regungen neigen in erster Linie selbstunsichere Persönlichkeiten (SCHULTE-TÖLLE, 113). Die Möglichkeiten zur Verarbeitung und Äußerung eines Affekts sind mangelhaft, da nur ein schwaches Selbstgefühl besteht bei starkem Angewiesensein auf äußere Bestätigung. Zu der Selbstunsicherheit Depressiver kommt die Aggressionshemmung hinzu, die auf dem starken Einfluß des Überich beruht (ELHARDT, 27; RIEMANN, 95). Zu explosiven Ausbrüchen kommt es erst nach erheblicher Affektstauung (SCHULTE-TÖLLE, 113). Nach MENDE (74) bilden ein gewisser Alkoholeinfluß, diskrete frühkindliche Hirnschäden, neurotische Fehlhaltungen, erlebnisreaktive Entwicklungen, abnorme Persönlichkeitsverfassungen Basisbefunde, während der affektive Durchbruch sich erst in der letzten Zuspitzung der Tatanlaufszeit anbahnt.

Im vorliegenden Untersuchungsmaterial fanden sich Neigung zu Affektstau, bei den Delinquenten ohne depressive Symptomatik in 9,7 %; bei denen mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik in 23 % und bei den Tätern mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert in 9,7 % der Fälle. Die hier gefundenen Werte, daß Depressive gehäuft zu Affektstauungen neigen, sei es nun wegen der motorischen Hemmung (BLEULER, 15; BURCHARD, 17) oder aus Schuldgefühlen gegenüber aggressiven Regungen (ELHARDT, 27), stimmen mit den allgemein gemachten Beobachtungen überein.

Den Begriff der Primitivreaktion prägte KRETSCHMER (58); er verstand darunter übertriebene, einfache affektive Reaktionen. Neben Kindern, Infantilen und Schwachsinnigen neigen vor allen Neurotiker und Psychopathen dazu (BLEULER, 15).

Mit 6,5 % fanden sich die meisten Primitivreaktionen in der Gruppe der Täter ohne depressive Symptomatik. Kein Nachweis von Neigung zu Primitivreaktionen fand sich in der Gruppe der krankheitswertigen depressiven Delinquenten; 4,3 % fanden sich in Gruppe 3.

Innerhalb eines normalpsychologischen, ablenkbaren, hochgradig sich zuspitzenden Affekts, kann es zu einer Bewußtseinsstörung kommen, die gewöhnlich nur von kurzer Dauer und zum Untersuchungszeitpunkt regelmäßig nicht mehr vorhanden ist. Daß bislang aber keine Untersuchungsmethoden zur Messung der Höhe eines aktuellen Affektes und der Enge oder Weite des aktuellen Bewußtseinfeldes zur Verfügung stehen (MENDE, 75), erschwert die forensische Begutachtung. Affektstörungen können somit zur Aufklärung des Tatgeschehens wenig beitragen, wenn sie nur unvollständig nachvollzogen werden können und kommen als Grund einer De- oder sogar Exkulpierung nur dann in Frage, wenn der Affektzustand zum Zeitpunkt so hochgradig war, daß eine tiefgreifende Bewußtseinsstörung resulierte (MENDE, 75). Die Untersuchung ergab, daß die Zuordnung einzelner affektiver Qualitäten vom symptomatologischen Bild nicht unabhängig ist. Innerhalb der drei Untergruppen traten die einzelnen Affekte so unterschiedlich auf, daß sie, mit gewisser Einschränkung, als spezifisch gelten können.

7.3.5.3. Neurotizismen (Abb. 17)

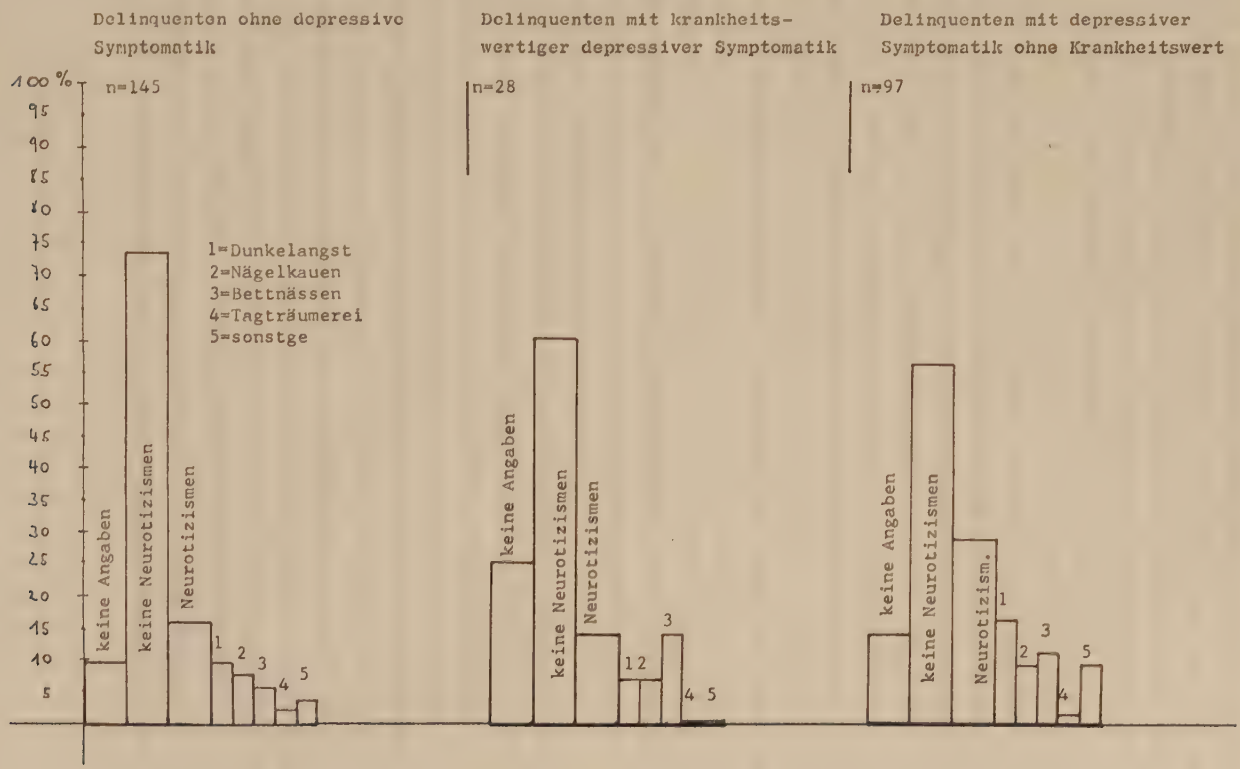
Dieser Begriff wurde von EYSENCK (28) eingeführt und bezeichnet die genotypische Bereitschaft als zweiten Faktor im faktorenanalytischen Persönlichkeitsmodell. Für die vorliegende Arbeit wurden nur Merkmale ausgewählt, an die sich die Delinquenten erinnern konnten und die aus der Jugend stammten. Das prozentuale Vorkommen jugendlicher Neurotizismen betrug in:

Gruppe 1: 22 Täter ohne depressive Symptomatik (= 15,9 %)

Gruppe 2: 4 Täter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik (= 14,2 %)

Gruppe 3: 28 Täter mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert (= 28,8 %)

Abb.17: Neurotizismen



Wie aus Abb. 17 hervorgeht, wurden die tatsächlichen Zahlen gleich 100 % gesetzt und die einzelnen neurotischen Tendenzen, von denen Mehrfachnennungen möglich waren, prozentual dazu aufgetragen.

Angst vor Dunkelheit, die bei Knaben überwiegt, was sich auch in der vorliegenden Untersuchung zeigte, ist eine Frühform der Angst und besonders intensiv; sie nimmt mit steigendem Lebensalter ab und führt nicht unbedingt zu neurotischem Verhalten; umgekehrt findet man bei den meisten Angstneurosen diese infantilen Ängste (v. BAEYER, v. BAEYER-KATTE, 5). Auf die einzelnen Delinquentengruppen verteilt, ergaben sich folgende Werte: Dunkelangst war zu finden bei 60,8 % der Delinquenten mit Neurotizismen aus Gruppe 1; 50 % bei denen aus Gruppe 2 und 57,1 % der Täter mit Neurotizismen aus Gruppe 3.

MENNINGER (77) bezeichnet Nägelkauen als den leichtesten Grad der Selbstverstümmelung, bei dem das Kind Befriedigung (durch das Saugen) und Bestrafung gleichzeitig erlebt. Das normale Kind gibt das Saugen als hauptsächliche Form von Lust auf und lernt zu masturbieren; das neurotische Kind verzichtet aus Furcht vor Strafe auf das Masturbieren, ersetzt es durch Nägelkauen unter Beibehaltung des Saugens als Lustquelle. Nachweise hierfür fanden sich in Gruppe 1 bei 52,1 %, in Gruppe 2 bei 50 % und Gruppe 3 bei 32,1 % der Täter mit Neurotizismen in der Kindheit.

Beachtet man, daß dieses Symptom hauptsächlich bei Delinquenten mit Tötungsdelikten vorkommt, so findet sich ein deutlicher Hinweis auf eine bereits frühkindlich vorhandene Konfrontation mit der Aggressionsproblematik bzw. mit den gleichzeitig auftretenden autodestruktiven Verhalten.

Die Enuresis nocturna ist außer wenigen organischen Ausnahmen Ausdruck einer emotionell-psychischen Störung; die häufigste bei Knaben (BLEULER, 15). In der vorliegenden Arbeit fand sich dieses Symptom

ausnahmslos bei Männern. Meist als pathologische Folge einer übertriebenen Reinlichkeitserziehung (ELHARDT, 27) sowohl verwahrloster, als auch übertrieben behüteter Kinder, spiegeln sich im Bettnässen Trotz, Angst und Regressionstendenzen (BLEULER, 15; ELHARDT, 27). 39,1 % der 23 Delinquenten aus Gruppe 1 und 39,2 % der 28 Delinquenten aus Gruppe 2 mit Neurotizismen waren über Jahre hinweg (Höchstalter bis 30 Jahre) nächtliche Bettnässer. In der Gruppe 2 wiesen alle 4 (= 100 %) Delinquenten mit jugendlichen Neurotizismen, zum Teil bis über die Pubertät hinaus, dieses Symptom auf. Eine frühzeitige, psychische Äußerung traumatischer Erlebnisse der Kindheit drückt sich hierin aus.

In Tagträumen gibt sich das Subjekt mehr oder minder hypertrophierten Phantasiegebilden hin, welche ihm ein gewisses Lustgefühl verschaffen oder zumindest die Lust am Spielen mit sich bringen. Tagträume sind mögliche Reaktionen auf Frustrationen, wenn Aggression als Verhaltensweise auf Frustrationen hin nicht ausagiert werden kann oder darf (NOLTING, 85). Sie können manchmal das ganze Leben andauern (IBOR, 45). Diese mögliche Kompensationsform bei psychischer Belastung fand sich in Gruppe 1 bei 13 %, in Gruppe 3 bei 3,5 % der Delinquenten; kein Nachweis dafür konnte in der Gruppe der Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik erbracht werden.

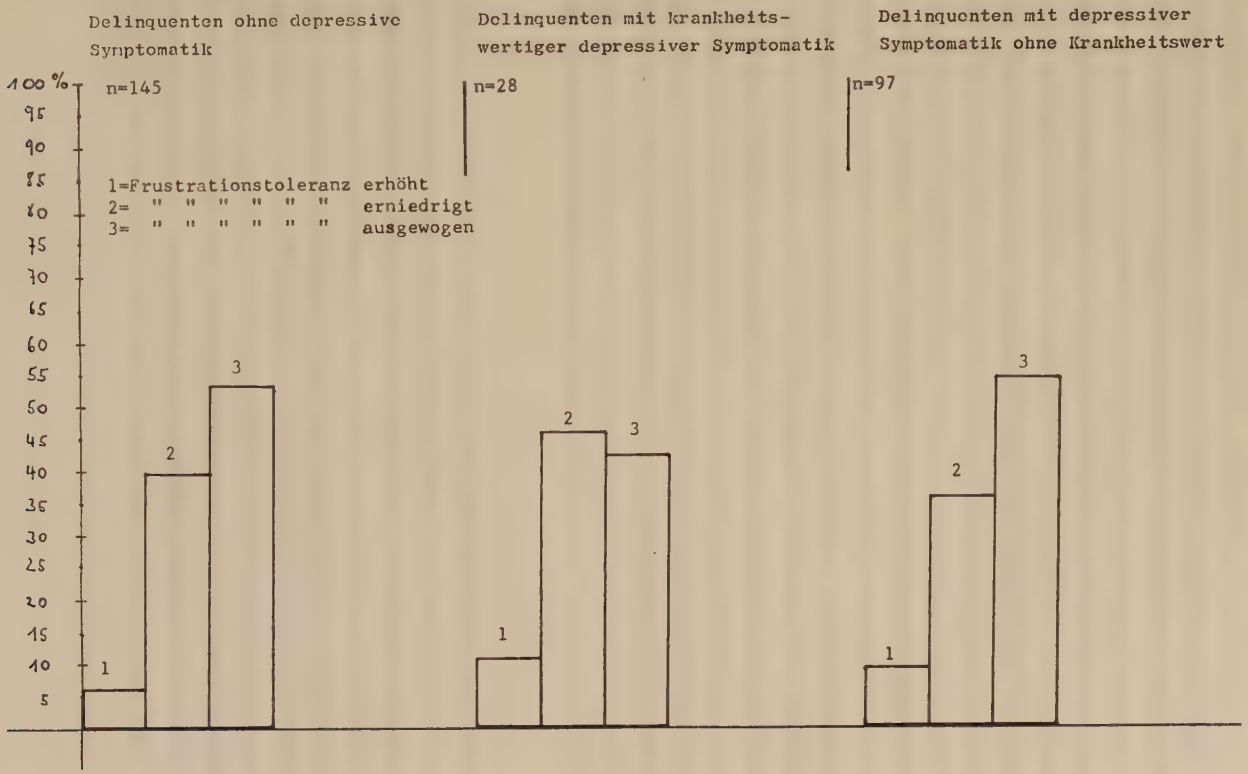
Unter sonstige Neurotizismen fielen: Stottern, andere frühkindliche Ängste und Kopfwackeln. Die Symptome verteilen sich auf die Gruppe 1 mit 21,7 %, Gruppe 2: 0 %, Gruppe 3: 32,1 %. Wegen seiner Verbindung zu Angst und Aggression (v. BAEYER, v. BAEYER-KATTE, 5), soll auf das Symptom des Stotterns kurz eingegangen werden. Die Angst bezieht sich vor allem auf den kommunikativen Bereich und stellt eine Frühform der Kontaktstörung dar. Verbale Aggression wird durch Unterbrechung eines natürlichen Redeflußes gehemmt.

Frühkindliche Neurotizismen sind zur Differenzierung krimineller Entgleisungsmöglichkeiten zwischen depressiv krankheitswertigen, depressiv nicht krankheitswertigen und nichtdepressiven Delinquenten nicht geeignet. Sie müssen zu den Gemeinsamkeiten frühkindlicher Traumatisierung gerechnet werden, die eine prospektiv definitive Aussage nicht zulassen, wohl aber besteht die Möglichkeit, daß sich frühkindliche Neurotizismen später neben psychischer Auffälligkeit im Sinne eines Summationseffektes als zusätzlich konstellierende Faktoren potentiell krimineller Entgleisung darstellen. Zusätzlich ergibt sich ein guter Einblick in die frühkindliche Aggressionsproblematik und deren Kompensationsmöglichkeiten.

7.3.5.4. Frustrationstoleranz (Abb. 18)

Aggression als Folge einer Frustration und die Umkehrung dieses Satzes, daß Frustration immer zu Aggression führt, war der Inhalt des 1939 von DALLARD (24) veröffentlichten Buches "Frustration and Aggression". Später revidiert von MILLER et al. (81), realativiert von BUSS (20; SELG (102); SCHMIDT-MUMMENDEY (111) und modifiziert von BERKOWITZ (10) (siehe auch Kapitel 2.1.2.) ist heute eine Vielfalt möglicher Frustrationsfolgen bekannt. Eine wesentliche Stellung im Umgang mit Aggressionen und einer möglichen Reaktion darauf nimmt die Frustrationstoleranz ein. Sie ist die Fähigkeit vorübergehende und dauernde Verzichte auf Befriedigung zu ertragen (TOMAN, 118), sie gilt als einer der unmittelbarsten Indikatoren für die Ichstärke einer Person (ELHARDT, 27; TOMAN, 118). Bis auf die Gruppe der Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik fand sich ausgeglichenes Frustrationsverhalten bei der Mehrzahl der Täter (Gruppe 1: 53,8 %, Gruppe 3: 54,7 %). In den wenigsten Fällen aller drei Delinquentengruppen war eine erhöhte Bereitschaft vorhanden, mit Frustrationen so umzugehen, daß sie in konstruktives Handeln oder konstruktive Lösungsbemühungen mündeten.

Abb.18: Frustrationstoleranz



Eine Sonderstellung nimmt die Gruppe der Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik ein. Bei 42,8 % ist die Frustrationstoleranz ausgeglichen. Die Werte für erhöhte Frustrationstoleranz (10,7 %) und verminderte Frustrationstoleranz (46,4 %) liegen anteilsmäßig im Vergleich zu Gruppe 1 und 3 jeweils höher. Ein Grund hierfür ist die Vielfalt möglicher Frustrationsfolgen, die die Toleranz sowohl erhöhen als auch erniedrigen können. Bei vorhandener Ichschwäche, wie sie unter anderem auch Depressive aufgrund ihrer Überich-Angst zugeschrieben wird (ELHARDT, 27), erniedrigt sich die Frustrationstoleranz. Andererseits ist das positive Sozialverhalten Depressiver bekannt (BLEULER, 15; ELHARDT, 27; GRUHLE, 38; SCHULTE-TÖLLE, 113), was nur aufgrund erhöhter Toleranzbereitschaft gegenüber Versagungen erreichbar ist.

Die Frustrationstoleranz zur Differenzierung depressiver und nichtdepressiver Delinquenten ist gering, da dieser Paramater von zu vielen äußeren Faktoren abhängt, die nicht in die Untersuchung einbezogen werden konnten.

7.3.5.5. Verwahrlosung (Abb. 19)

Die Ätiologie der Verwahrlosung ist ein multifaktorielles Problem biologischer, soziologischer und psychischer Genese (HARTMANN, 39). HARTMANN (39) versteht darunter ein persistentes und generalisiertes Abweichen von sozialen Normen, ohne zwangsläufiges kriminelles Entgleisen; damit soll dem Vorurteil der Gleichsetzung von Kriminalität und Verwahrlosung entgegengetreten werden. Dennoch bleibt die Gefahr kriminellen Entgleisens erhöht und schlägt sich vor allem in Eigentums- und Verkehrsdelikten nieder (HARTMANN, 39).

Abb.19: Verwahrlosung

Bei den Delinquenten der Gruppe 1 findet sich Verwahrlosung in 38,6 % der Fälle; der prozentuale Anteil ist hier am höchsten. Ebenso wie bei den Tätern mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik (28,5 %) und den Delinquenten der Gruppe 3 (34,0 %), ergeben sich hier nach Aufschlüsselung in die verschiedenen Deliktformen, interessante Einzelheiten. Weit über dem prozentualen Durchschnittswert der Verwahrlosung liegen die Anteile der Delikte Raub und Vergewaltigung in allen drei Gruppen.

Prozentualer Anteil am Raub:

Gruppe 1 (keine depressive Symptomatik): **70,6 %**

Gruppe 2 (krankheitswertige depressive Symptomatik): **50 %**

Gruppe 3 (nicht krankheitswertige depressive Symptomatik): **60 %**

Prozentualer Anteil an Sexualdelikten:

Gruppe 1 (keine depressive Symptomatik): **60 %**

Gruppe 2 (krankheitswertige depressive Symptomatik): **66,7 %**

Gruppe 3 (nicht krankheitswertige depressive Symptomatik): **50 %**

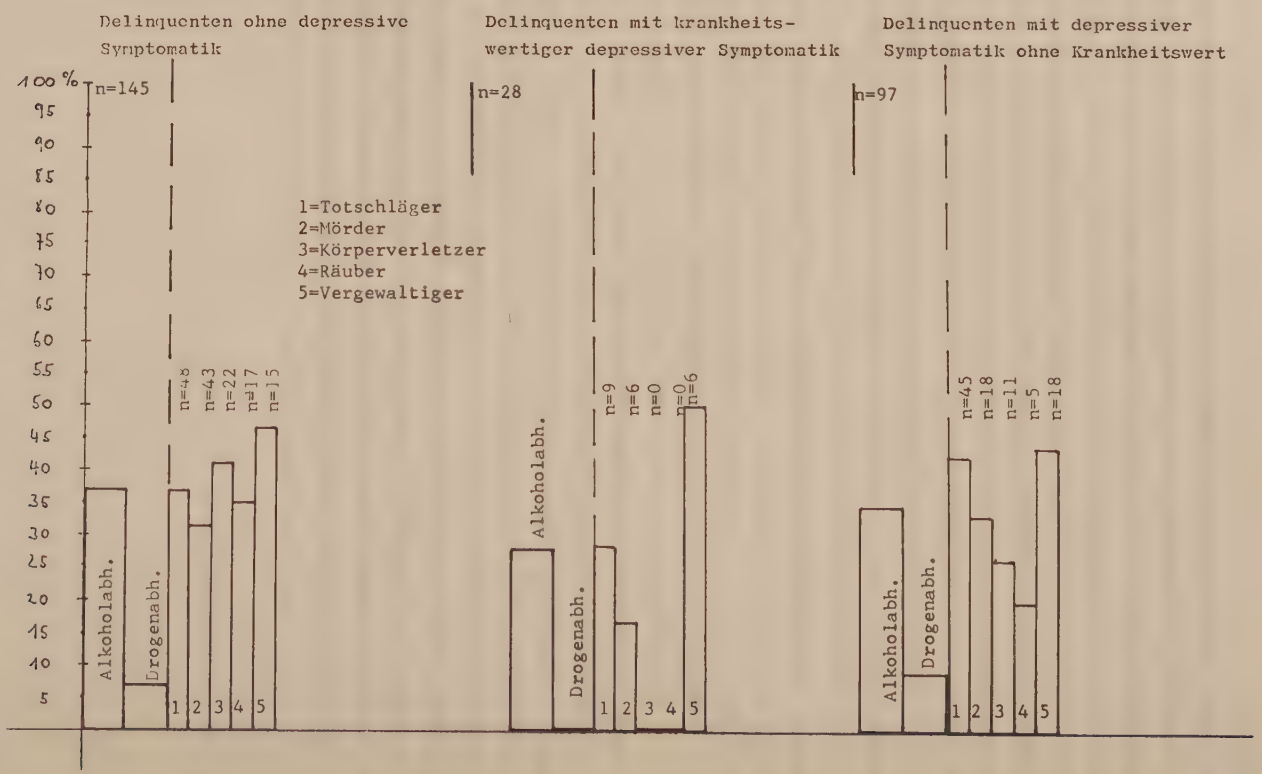
Vereinfacht gesagt, handelt es sich bei Raub um ein Eigentumsdelikt mit zusätzlich aggressiver Komponente gegen den Eigentümer im weitesten Sinne. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen somit die Häufung kriminellen Entgleisens bezüglich Eigentumsdelikten bei Verwahrlosung.

Eine Erklärungsmöglichkeit für die hohe Beteiligung verwahrloster Delinquenten an Sexualverbrechen, bietet die Entwicklungspsychologie an. Wird die Reinlichkeitserziehung in der analen Phase gestört, kommt es neben dem bereits erwähnten Rückfall des Bettnässens (7.3.5.3.) zu Verwahrlosungszügen, die auf ein Fehlverhalten der Mutter zürückgehen. Haßbeladene Triebfeindschaft, Ekelgefühle und demütigende Schamerlebnisse (ELHARDT, 27) entzünden eine Aggressivität oft gegen die Mutter oder die Mutterrepräsentanz in den weiblichen Bezugspersonen (WIEDERHOLT, 128). Vergleicht man die ermittelten Werte, so ergibt sich, daß die Motiviationszusammenhänge unabhängig vom depressiven Erleben zustande kommen; sie werden dadurch weder eingeschränkt noch verstärkt.

7.3.5.6 Suchtverhalten (Abb. 20)

Voraussetzung zur Sucht ist süchtige Fehlhaltung und deren dynamisches Prinzip, das sich in dem Bestreben äußert, aus der unerträglich erscheinenden Realität in eine erwünschte Scheinwelt zu flüchten (SCHULTE-TÖLLE 113). Suchtverhalten kann im wesentlichen entstehen aus Fixierungen an Bequemlichkeitsstrukturen (Schlaraffenlandphantasien) während der oralen Phase, die eine neurotische Fehlhaltung bedingen (ELHARDT, 27); Suchtverhalten (v. a. Trunksucht) kann dann als neurotische Angstabwehr auftreten (v. BAEYER, v. BAEYER-KATTE, 5). Konflikte Depressiver drücken sich körperlich bevorzugt in Störungen des Aufnahmetraktes aus, es kommt unter anderen zu "Kummerspeck". Von hier aus führt eine schmale Grenze zu Süchten aller Art, die Ersatzbefriedigung oder Weltflucht bedeuten (RIEMANN, 95). Neurotisch oder reaktiv Depressive sind somit ganz besonders der Versuchung ausgesetzt die befreiende, entspannende und die stimmungsanhebende Wirkung mancher Drogen süchtig auszunützen, während der endogen Depressive, schon vom Persönlichkeitstyp her weniger gefährdet ist dem Alkohol oder anderen erleichternd wirkenden Drogen zu verfallen (MENDE, 72, 73). Die WHO sieht als übergeordnetes Prinzip die Abhängigkeit, die sich nacheinander aus Wunsch und Toleranzentwicklung zu psychischer und physischer Abhängigkeit entwickelt.

Abb.20: Alkohol- und Drogenabhängigkeit



Die aus dem vorliegendem Material gewonnenen Zahlen über Suchttendenzen und Abhängigkeit, geben den oben festgestellten Zusammenhang wieder. Sowohl Alkoholmißbrauch als auch Drogenmißbrauch liegen in der Gruppe der Delinquenten mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert (hier fehlen also alle endogenen Depressionen) am höchsten (alkoholabhängige Delinquenten: 38,1 %; Drogen: 9,2 %). Deutlich niedriger und insgesamt am niedrigsten liegen die prozentualen Anteile für die Gruppe der Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik (Alkoholabhängigkeit in 28,5 % der Fälle; keine Drogenabhängigkeit). Mit 37,2 % Alkoholabhängiger und 6,8 % Drogenabhängiger sind in der Gruppe der Delinquenten ohne depressive Symptomatik die Psychopathen, Neurotiker nichtdepressiver Struktur und Hirnorganiker erfaßt.

Um einen Überblick zu erhalten, wie hoch der Anteil der Täter mit chronifiziertem Alkoholmißbrauch vor der Tat liegt, wurden die Prozentrangwerte für die einzelnen Delikte in allen drei Gruppen ermittelt. Aus Abb. 20 ist zu entnehmen, daß in allen drei Gruppen die Sexualtäter anteilsmäßig am höchsten vorkommen; sie werden gefolgt von den Delinquenten mit Tötungsdelikten; hierbei liegt die Quote der Totschläger über der der Mörder. Beachtet man die Gesamtzahl der chronischen Alkoholiker, so sind ihre Handlungen im Bereich der Kriminalität sicherlich einförmiger (MENDE, 75). Das für Straffälligkeit unter Alkoholeinwirkung bekannte Überwiegen von Notzucht, Totschlag, schwerer Körperverletzung und Raub (MENDE, 75), zeichnet sich auch (in gleicher Reihenfolge) für Täter mit chronischem Alkoholmißbrauch ab - bezogen auf die direkten Aggressionsdelikte.

7.3.6 Psychiatrische Faktoren

Die 270 untersuchten Gutachten wurden ausschließlich als Stellungnahme zur Frage der Schuldfähigkeit erstellt. Im Vordergrund der forensisch-psychiatrischen Beurteilung stand also "die Erforschung der Persönlichkeit des Probanden mit ihren Verhaltens- und Reaktionsbereitschaften" (MENDE. 75), wie sie hier zum Großteil bereits wiedergegeben wurden. Im folgenden sollen die diagnostischen, nosologischen und symptomatologischen Parameter, innerhalb der drei verschiedenen Delinquentengruppen, abgehandelt werden.

7.3.6.1. Psychiatrische Diagnose (Abb. 21)

Abb. 21 zeigt, daß bei 29,7 % der Delinquenten ohne depressive Symptomatik überhaupt kein psychiatrisches Krankheitsbild vorlag. Praktische Bedeutung für die forensische Begutachtung gewinnt der psychiatrische Krankheitsbegriff in der Beurteilung abnormer Persönlichkeiten, von Neurotikern und Psychopathen (MENDE, 75). Die Paragraphen 20, 21 StGB weisen eindeutig auf die "schweren anderen seelischen Abartigkeiten" hin, die als schuldmindernde Gründe in Frage kommen. In Gruppe 1 lagen die Delinquenten mit der Diagnose Psychopathie prozentmäßig am höchsten (40 %), neurotische Fehlhaltungen fanden sich bei 6,3 %. Aufgrund der Fragestellung der Arbeit war nicht zu berücksichtigen, ob diese Störungen krankheitswertig waren oder nicht. Psychosen exogener bzw. endogener Art, fanden sich innerhalb dieser Gruppe in 0,6 % bzw. 8,9 %; hier handelte es sich vorwiegend um Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Psychische Erkrankungen organischer Genese lagen in 10,3 % der Fälle vor; Minderbegabung wurde bei 4,1 % der Delinquenten registriert.

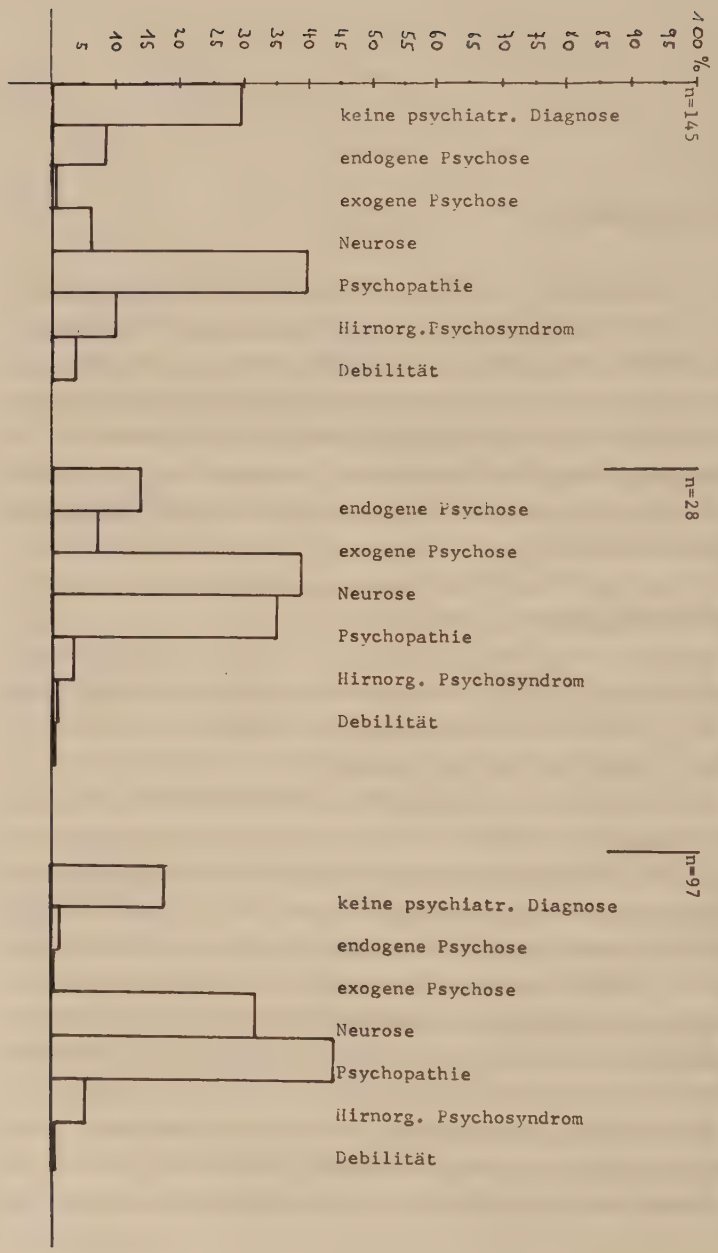


Abb.21: Psychiatrische Diagnose

Die Delinquenten der Gruppe 2, bei denen die Krankheitswertigkeit der depressiven Symptomatik Bedingung zur Zugehörigkeit in diese Gruppe war, setzt sich aus folgenden psychiatrischen Diagnosen zusammen: Endogene Psychosen (ausschließlich endogene Depression) 14,2 %. In zwei Fällen (= 7,1 %) lagen exogene Psychosen vor; beides reaktive Depressionen die psychotische Ausmaße angenommen hatten. Um den Faktor 6 höher gegenüber der Gruppe 1, war der prozentuale Anteil der Neurosen mit 39,3 %. Der Anteil der Psychopathen betrug 35,7 %; 3,5 % litten an einem hirnorganischen Psychosydrom, Minderbegabung lag nicht vor.

Die Täter der Gruppe 3 wiesen allesamt depressive Symptome ohne Krankheitswert auf, was jedoch nicht ausschloß, daß sie aufgrund anderer psychopathologischer Faktoren nicht doch krankheitswertige Merkmale im Sinne der Paragraphen 20, 21 StGB aufweisen konnten. Bei 17,5 % der Täter waren die depressiven Symptome so gering, daß eine weitere psychiatrische Diagnose nicht gestellt werden konnte. Eine endogene Psychose (Schizophrenie), keine exogene Psychose wurden diagnostiziert. Wiederum relativ hoch und höher als in Gruppe 1 war das Vorkommen neurotischer Fehlhaltungen (31,9 %). Abnorme Persönlichkeiten und Psychopathen erreichten hier den höchsten Prozentrang mit 44,3 %; in fünf Fällen fand sich ein hirnorganisches Psychosyndrom (5,1 %), Minderbegabung lag nicht vor.

Die "krankhaften seelischen Störungen" bilden nur einen kleinen Prozentsatz der krankheitswertigen depressiven Delinquenten. Das Vorkommen "anderer seelischer Abartigkeiten" liegt bedeutend höher und wie die Zahlen zeigen, kommen neurotisch und reaktiv depressive Syndrome prozentual bei weitem häufiger vor als bei Neurosen mit anderer Symptomatik. Ein möglicher Grund, neben dem epidemiologischen (depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten (HELMCHEN, 41) könnte darin bestehen, daß Neurosen und neurotische Fehlhaltungen anderer Genese noch weniger potentielle kriminelle Entgleisungsmöglichkeiten beinhalten als de-

pressive Neurosen. Dies bezieht sich vor allem auf die Aggressionsproblematik, die bei neurotischen Depressionen mehr im Vordergrund steht als bei endogenen Depressionen; bei der neurotischen Depression fällt die Hemmung, ein charakteristisches Symptom einer schweren endogenen Depression (MENDE, 75), weg.

7.3.6.2 Nosologie depressiver Verstimmungen (Abb. 22)

Bei verschiedenen depressiven Zustandsbildern können gleiche Depressionssymptome auftreten. Meist ist der Verlauf der Krankheit von entscheidender Bedeutung. Darüberhinaus müssen jedoch auch aktuelle Konflikte, Belastungssituationen, prämorbide Persönlichkeit, Lebensgeschichte, hereditäre Faktoren, psychische und körperliche Befunde sowie der berufliche, familiäre und ökonomische Rahmen beachtet werden (FAUST, HOLE, 29). In der forensisch-psychiatrischen Begutachtung setzt sich für die Beurteilung der Schuldfähigkeit immer mehr die Tendenz durch, weniger die nosologische Zuordnung, als das depressive Syndrom und dessen Ausprägung zu beachten (MENDE, 72, 73; RASCH, 93) (siehe hierzu auch Kapitel 3.2.).

Die Täter der Gruppe 1, bei denen keine depressive Symptomatik vorliegt, scheiden hier aus der Untersuchung aus.

7.3.6.2.1 Psychogene Depression

Psychogene, depressive Reaktionen, ohne nähere Erläuterung, fanden sich mit Krankheitswert bei zwei Probanden (= 7,1 %) der Gruppe 2. Zum einen lag ein Tötungsdelikt mit erweitertem Suicid, zum anderen das Vergehen des Raubs vor. Nicht krankheitswertige depressive Verstimmungen psychogener Art lagen bei 19 Delinquenten (= 19,5 %) aus Gruppe 3 vor. (Spektrum der Straftaten: 14 Tötungsdelikte, 3 Körperverletzungen, 2 Räuber).

- 91 -

	Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomtik						Delinquenten mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert					
Genese der Depression:		TS	M	R	KV	SD		TS	M	R	KV	SD
Psychogen:	7,1 %	1	0	1	0	0		9	5	3	2	0
Reaktiv:	57,1 %	8	2	1	0	5		28	9	2	6	15
Neurotisch:	21,4 %	1	4	0	0	1		5	3	0	2	0
Endogen:	10,7 %	3	0	0	0	0		0	0	0	0	0
Somatogen:	3,5 %	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0
Keine Nosologie:	0 %	0	0	0	0	0		2	1	0	1	3

TS = Totschlag; M = Mord; R = Raub; KV = Körperverletzung; SD = Sexualdelikt.

Abb. 22: Nosologie depressiver Verstimmungen

7.3.6.2.2. Reaktive Depression

Am häufigsten war in beiden Gruppen die nosologische Zuordnung der reaktiven Depression - ein durch ein äußerliches, schmerzliches Erlebnis ausgelöster, vom Inhalt her um dieses Erlebnis zentrierter Verstimmungszustand (FAUST, HOLE, 29). Die 16 Reaktivdelinquenten (= 57,1 %) aus Gruppe 2, verteilen sich wie folgt auf die einzelnen Delikte: 10 Tötungsdelikte (= 35,7 %); 1 Raub (= 3,5 %); 5 Vergewaltigungen (= 17,8%). Prozentual war der Anteil der 60 Delinquenten aus Gruppe 3 reaktivdepressiver Genese, mit 61,8 % am höchsten. Auch hier lagen die Tötungs- (37) und Sexualdelikte (15) an führender Stelle.

7.3.6.2.3 Neurotische Depression

Die durch Störung psychischer Erlebnisverarbeitung (Verdrängung von Konflikten, meist in die Kindheit zurückreichend) enstandene neurotische Depression, wurde in Gruppe 2 bei insgesamt 6 Delinquenten (= 21,4 %) diagnostiziert. Im Vordergrund standen hier Tötungsdelikte. Neurotischer Genese, allerdings ohne Krankheitswert, war die depressive Verstimmung bei 10,3 % der Delinquenten aus Gruppe 3. Auch hier überwogen die Tötungsdelikte.

7.3.6.2.4 Endogene Depression

Der klassiche Typ der Depression, deren Kennzeichen der phasenhafte Verlauf, die meist vollständige Remission, hereditäre Einflüße und bestimmte prämorbide Pesönlichkeitszüge sind (HOLE, FAUST, 29), kam nur in drei Fällen zur Tatzeit und nur innerhalb der Gruppe 2 vor. Es handelte sich um drei Tötungsdelikte, die zweimal zusätzlich durch erweiterten Suizid kompliziert waren.

7.3.6.2.5. Somatogene Depression

In beiden Gruppen fand sich jeweils ein Delinquent mit depressiver Symptomatik, die auf ein hirnorganisches Psychosyndrom zurückzuführen war. Die Straftat war jeweils ein Tötungsdelikt.

7.3.6.2.6 Nicht einzuordnende depressive Symptome

In Gruppe 3 konnte bei 7 Tätern (= 7,2 %) die depressive Symptomatik nosologisch nicht eindeutig zugeordnet werden.

Depressive Erkrankungen nehmen nicht selten Schweregrad und Art einer Psychose an, was sich zum Beispiel in früheren Klassifikationen wie "manisch-depressives-Irresein" (KRAEPELIN, 54) manifestierte. Häufig sind depressive Verstimmungen aber so leicht, daß von "Irresein" oder von Psychose, weder in populärem noch in forensischem Sinne gesprochen werden kann (BLEULER, 15). Nosologische Zuordnung und Genese depressiver Verstimmungen können somit nur bedingt etwas über deren Krankheitswert aussagen.

7.3.6.3 Depressive Symptomatik (Abb. 23)

Von einem depressiven Syndrom spricht man, wenn das psychopathologische Bild der depressiven Symptome vorherrscht (HIPPIUS, SELBACH, 43). HOLE und FAUST (29) veröffentlichten eine Zusammenstellung des depressiven Syndroms, dessen psychisches Erscheinungsbild sie in 22 Symptome aufteilten, die sich wiederum in mehrere Merkmale aufgliederten. Dieser Liste, die die Abb. 23 zeigt, wurden die aus den untersuchten Gutachten entnommenen, depressiven Symptome zugeordnet und anteilsmäßig - bei möglicher Mehrfachnennung - aufgezeichnet.

	Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptom.						Delinquenten mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert					
		TS	M	R	KV	SD		TS	M	R	KV	SD
1. Traurigkeit	92,8 %	13	5	2	0	6	78,3 %	31	16	4	9	16
2. Freudlosigkeit	85,7 %	13	4	2	0	6	78,3 %	32	17	4	10	14
3. Energielosigkeit	35,7 %	7	2	0	0	1	20,6 %	11	5	1	3	0
4. Innere Unruhe	32,1 %	3	2	1	0	3	31,9 %	12	7	0	2	10
5. Wutlosigkeit	46,4 %	9	1	0	0	3	32,9 %	12	5	1	5	9
6. Minderwertigkeit	46,4 %	5	3	0	0	5	44,3 %	20	3	3	4	13
7. Angstzustände	50,0 %	8	3	0	0	3	50,5 %	18	8	3	8	12
8. Beziehungsstörungen	14,2 %	4	4	0	0	0	16,4 %	11	4	0	1	0
9. Zwänge	3,5 %	0	1	0	0	0	4,1 %	3	1	0	0	0
10. Suicidgefahr	78,5 %	10	5	1	0	6	50,5 %	18	7	4	7	10
11. Erhöhte Empfindlichk.	7,1 %	1	2	0	0	2	22,6 %	9	2	0	4	7
12. Reizbarkeit	17,8 %	1	2	0	0	2	15,4 %	5	2	0	2	6
13. Konzentrationsstörg.	17,8 %	3	1	0	0	1	7,2 %	2	1	1	2	1
14. Grübelneigung	28,5 %	4	1	1	0	2	15,4 %	7	3	1	2	3
15. Paranoide Fehldeutung.	2,0 %	2	0	0	0	0	2,0 %	2	0	0	0	0
16. Entfremdungserlebnisse	2,0 %	0	1	0	0	0	1,0 %	1	0	0	0	0
17. Entscheidungsunfähigk.	39,2 %	5	1	0	0	5	19,5 %	7	0	0	1	10
18. Schuldgefühle	21,4 %	2	0	0	0	4	6,1 %	1	0	1	1	13
19. Verarmungsideen	0 %	0	0	0	0	0	0 %	0	0	0	0	0
20. Innere Leere	19,0 %	3	1	0	0	0	4,1 %	1	1	0	2	0
21. Hypochondrie	0 %	0	0	0	0	0	2,0 %	1	0	0	0	1
22. Mangelndes Krankheitsgefühl	0 %	0	0	0	0	0	0 %	0	0	0	0	0

TS = Totschlag; M = Mord; R = Raub; KV = Körperverletzung; SD = Sexualdelikt.

Die unter diesen Abkürzungen aufgeführten Zahlen entsprechen den Realwerten und sind keine Prozentangaben.

Abb. 23: Depressive Symptomatik

Obwohl die Symptome Traurigkeit, Freudlosigkeit, Angstzustände und Suicidgefahr in beiden Gruppen in über der Hälfte der Fälle registriert werden konnten, lag dennoch der prozentuale Anteil dieser Symptome bei den Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik deutlich höher als in Gruppe 3.

Anteilsmäßig ebenfalls höhere Werte als in Gruppe 3, fanden sich für folgende Symptome: Energielosigkeit, Mutlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Grübelneigung, Entscheidungsunfähigkeit, Schuldgefühle und innerliche Leere.

In beiden Gruppen etwa gleichmäßig verteilt fanden sich die Symptome: Innere Unruhe, Minderwertigkeit, Reizbarkeit, paranoide Fehldeutung und Entfremdungserlebnisse.

Gegenüber den krankheitswertigen depressiven Delinquenten waren folgende Symptome in Gruppe 3 prozentual häufiger vertreten: Beziehungsstörungen, Zwänge, erhöhte Empfindlichkeit und hypochondrische Befürchtungen. Die von HOLE und FAUST (29) angeführten Symptome Verarmungsideen und mangelndes Krankheitsgefühl kamen in beiden Gruppen nicht vor.

Um die Tiefe einer Depression bzw. depressiven Verstimmung beurteilen zu können, bedarf es neben dem Vorhandensein eines Symptoms auch noch des Grades seiner Manifestation. PICHOT (89) spricht dabei von einer Hypothese, daß je zahlreicher die Manifestationen des untersuchten psychopathologischen Merkmals sind, desto größer müsse seine Intensität sein. Dies zu prüfen, bedarf es jedoch standardisierter Selbstbeurteilungsbögen bzw. Bewertungsskalen, die mit Hilfe der Faktorenanalyse empirisch dasjenige multidimensionale Schema aufstellt, das am zufriedenstellensten die Relationen zwischen den Symptomen berücksichtigt. Der Quantifi-

zierung der depressiven Symptome in der vorliegenden Arbeit liegt die langjährige praktische klinische Erfahrung der Gutachter zugrunde; die einzelnen Maßstäbe und zugrundeliegenden Faktoren der Einstufung der Krankheitswertigkeit der einzelnen Symptome sind im Nachhinein nicht mehr eruierbar. Bei einer retrospektiven Untersuchung, wie sie hier vorliegt, können im Nachhinein wegen der zu erwartenden, erhöhten Fehlerquote, keine Quantifizierungsmerkmale erhoben werden.

Bis auf wenige Symptome (Beziehungsstörungen, Zwänge, erhöhte Empfindlichkeit und hypochondrische Befürchtungen), - die ebenfalls sehr häufig bei Neurosen nichtdepressiver Genese bzw. bei anderen Charakterstörungen auftreten können - findet sich in dieser Untersuchung eine Unterstützung der Hypothese PICHOTS: Je größer die Quantität eines Merkmals, desto größer die Wahrscheinlichkeit seiner Registrierung (89).

7.3.7 Suicidalität

Von mehreren Autoren wurde ein Zusammenhang zwischen Gewalt und Suicidalität beschrieben. PHILLIP (88) behauptet, Suicidalität sei charakteristisch für Gewalttäter. Bei Tötungsdelikten fand er, daß 40 % der von ihm Untersuchten, vor oder nach der Straftat sich suicidierten oder einen Selbstmordversuch unternahmen.

PROVENT (91) wies daraufhin, daß 60 % der im Affekt begangen Verbrechen mit Suicid oder Selbstmordversuch enden.

Ausführlich gehen RINGEL und Mitarbeiter (96) auf die nahe Verwandtschaft von Fremd- und Selbstaggression ein; für die psychoanalytische Behauptung, daß jeder Selbstmord im Grunde ein Mord sei, fanden sie

Abb.24: SUICIDALITÄT -Gesamtanteil suicidaler Delinquenten
-Unterteilung in Suicidversuch (1) und Selbstmordgedanken (2)

etliche Hinweise. Einen Verzweiflungsausbruch in der Form einer Aggression betrachtet ANDICS (2) als einen Ersatz für einen Selbstmordversuch. Die Entladung vorhandener Aggression nach außen, kann den Selbstmord verhindern, aufschieben oder abschwächen (RINGEL, 96).

Die Suicidalität während depressiver Verstimmungen wird in der Literatur als charakteristisches Symptom beschrieben (BLEULER, 15; BURCHARD, 17; ELHARDT, 27; HIPPIUS, SELBACH, 44; RIEMANN, 95).

Vermehrte Anfälligkeit für Gewaltdelikte aufgrund bestimmter psychischer Mechanismen bestehen für den Depressiven und suicidal Veranlagten (MALMQUIST, 69). VIRKKUNEN (120) fand bei 126 Tätern eine Verknüpfung von Suicid, Tötung und psychische Erkrankung, unter anderem bei 4 Delinquenten mit psychotischer Depression.

Als forensisch bedeutsam gilt der erweitere Suicid (MENDE, 72, 73, 75). Über das Vorkommen bestehen in der Literatur verschiedene Meinungen. Während nach LANGELÜDDEKE (62) der erweiterte Suicid nur bei endogen Depressiven zu finden ist, weisen MENDE (72, 73, 75), LEMKE (64), RASCH und PETERSEN (94) darauf hin, daß der erweiterte Suicid auch bei anderen Formen depressiver Verstimmungen vorkommen kann.

7.3.7.1. Gesamtanteil suicidaler Delinquenten
Aufteilung in Selbstmordgedanken und Selbstmordversuch (Abb. 24)

Die eigenen Untersuchungen zur Suicidalität vor, während oder nach der Tat, ergaben in den drei Delinquentengruppen folgende Ergebnisse; Selbstmordgedanken oder Selbstmordversuch bei:

21 Tätern ohne depressive Symptomatik (=14,4 %)

20 Tätern mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik (= 71,4 %)

51 Tätern mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert (= 52,5 %)

Erst bei Aufteilung von Selbstmordgedanken und Suicidversuchen geben die ermittelten Werte einen näheren Einblick in die Schwere der suicidalen Problematik.

In der Gruppe der Delinquenten ohne depressive Symptomatik, mit der prozentual geringsten Suicidalität, liegt jedoch mit 81 % der Anteil der Suicidversuche am höchsten. Selbstmordgedanken fanden sich hier nur bei vier Delinquenten.

Mehr oder weniger ausgeprägte Suicidversuche fanden sich bei den zwanzig Tätern aus Gruppe 2, in 75 % der Fälle (= 15 Delinquenten). Bei fünf Delinquenten (25 %) beschränkte sich die Suicidalität auf Selbstmordgedanken. In Gruppe 3, bei den Tätern mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert, überwogen diejenigen Delinquenten, bei denen sich die Suicidalität ausschließlich in Gedanken äußerte, mit 54,9 % (= 28 Täter). Bei den restlichen 23 Tätern kam es zu aktiven suicidalen Handlungen.

Die Selbstmordversuche wurden bis auf jeweils einen Täter der Gruppen 1 und 2 und fünf Tätern der Gruppe 3, von Totschlägern bzw. von Mördern begangen. Die oben genannten Autoren weisen auf den Zusammenhang zwischen Fremd- und Autoaggressivität hin. BURCHARD (17) bechreibt zudem den engen Zusammenhang zwischen der Entwicklung zum Homizid mit dem zum Suicid. Ähnlich dem präsuicidalen Syndrom RINGELS (96), kommt es auch hier zu einer Isolation, hervorgerufen durch unstete Beschäftigung, Wohnungswechsel, Gefängnishaft, gescheiterte Partnerbeziehungen und soziale Anpassungsstörungen. Die Selbstverurteilung (im präsuicidalen Syndrom die Grundlage zur Zerstörung des Selbst) wird durch Selbstgerechtigkeit und Bündelung positiver Affekte auf die eigene Person beiseite geschoben; umgekehrt werden die negativen Emotionen auf die Umgebung projiziert. Die volle Wucht der aggressiven Impulse und Emotionen konzentriert sich auf das Opfer (BURCHARD, 17).

Die Ernsthaftigkeit der Suicidalität darf in keinem Fall bestritten werden. Vergleicht man die prozentualen Anteile der Gruppe 2 bezüglich suicidaler Gedanken und Suicidversuche mit denen der Gruppe 3, so findet sich eine offensichtliche Diskrepanz. Das Auftreten suicidaler Handlungen bei depressiven Delinquenten kann nur bedingt als zuordnendes Kriterium zur Krankheitswertigkeit oder nicht angesehen werden, da sowohl vorgetäuschter als auch demonstrativer Suicidversuch einen intensiven Tötungswunsch ausdrücken (RINGEL, 96, 97). Neben den vorliegenden Ergebnissen ist man eher dazu geneigt, in der Unterscheidung zwischen gehäufter suicidaler Handlung (wie in Gruppe 2) und vermehrten Selbstmordgedanken (wie in Gruppe 3) ein Kriterium zur krankheitswertigen Zuordnung zu vermuten.

7.3.7.2. Methode des Suicids (Abb. 25)

Da bei einigen Delinquenten mehrmalige, verschiedenartige suicidale Reaktionen vorlagen, waren Mehrfachnennungen möglich. Die Delinquenten der einzelnen Gruppen wählten folgende Art des Suicids:

	Gruppe 1 (17 Täter)	Gruppe 2 (15 Täter)	Gruppe 3 (23 Täter)
Oral:	47,0 %	73,3 %	52,8 %
Erhängen:	23,5 %	13,6 %	8,6 %
Ertrinken:	0,0 %	6,6 %	0,0 %
Sturz:	17,6 %	6,6 %	0,0 %
Schnitt:	17,6 %	20,0 %	34,7 %
Andere Art:	11,7 %	20,0 %	26,0 %

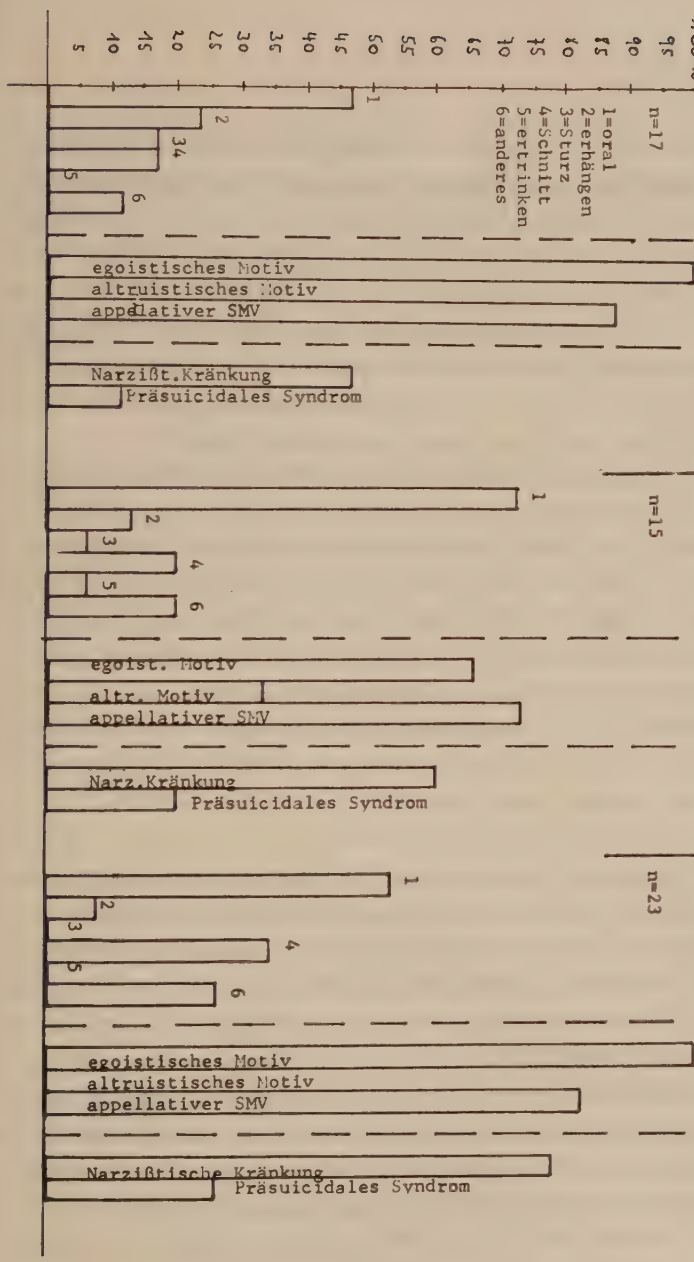


Abb.25: SUICIDALITÄT -Art des vers.Suicids
-Motive des vers. Suicids
-selektiv gesicherte Einflußvariable

Zeitgeschichtliche Einflüße verändern den Rangplatz der einzelnen Methoden (WELLHÖFER, 126); das in den letzten Jahrzehnten deutlich zu beobachtende Anwachsen der oralen Intoxikationsmethode (meist mit Tabletten) (WELLHÖFER, 126), drückt sich in den vorliegenden Werten aus.

Neben zeitgeschichtlichen Einflüßen scheinen aber auch psychodynamische Faktoren wichtig zu sein. Hierzu kommt vor allem eine Störung während der oralen Phase, durch die vor allem eine Grundlage zu späterem depressivem, neurotischem Verhalten gelegt werden kann (ELHARDT, 27; RIEMANN, 95). Der hohe prozentuale Anteil oraler Suicidmethoden scheint somit nicht nur zeitgeschichtlichen Veränderungen zu unterliegen. Daneben treten vor allem in Gruppe 2, bei den krankheitswertig depressiven Delinquenten Methoden auf, die ausgesprochen hart erscheinen und in den Vergleichsgruppen seltener oder gar nicht vorkommen (Ertrinken, Sturz, Erhängen, Schnittverletzungen). Mit tödlichem Ausgang ist hierbei eher zu rechnen; diese Methode fand sich gehäuft bei tiefen depressiven Verstimmungen und trug meist raptusartigen Charakter.

7.3.7.3. Motive des Suicids (Abb. 25)

Wegen der stark eingeengten Bedeutung bewußter Motive und Begründungen suicidalen Handelns, wurden nur drei Zusammenhänge ausgewählt deren Objektivierung möglich war. Dabei ergab sich, daß in allen drei Gruppen der Suicidversuch einen überwiegend appellativen Charakter hatte (Gruppe 1: 88,2 %; Gruppe 2: 72,3 %; Gruppe 3: 82,6 %). Die dadurch erreichte Wirkung auf die Mitmenschen führt häufig zu einer (zumindest kurzfristigen) Verbesserung der Lebenssituation (STENGEL, COOK, 115). Der leicht verminderte prozentuale Anteil in Gruppe 2 ist aus der heftiger bestehenden Suicidtendenz bei tiefergreifenden depressiven Verstimmungen zu erklären; beim Großteil der 26,7 % Delinquenten ohne appellativen Suicidversuch lag ein Bedauern vor gerettet worden zu sein.

Altruistische Überlegungen standen bei 33,3 % der Suicidanten aus Gruppe 2 an; in Gruppe 1 und bei den Tätern mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert, lagen jeweils in 100 % egoistische Gründe vor. Die altruistischen Tendenzen der Delinquenten aus Gruppe 2 bezogen sich jedoch nicht auf ethische Werte, deretwegen man sein Leben für andere opfert. Durch unfreiwillige Mitnahme engster Angehöriger sollten diese von den Delinquenten, von der Last des Lebens befreit werden. Dieser Aspekt fällt unter den erweiterten Suicid.

7.3.7.4. Der erweiterte Suicid

Er bildet eine eigene Tatkategorie und ist vor allem forensisch von Bedeutung (MENDE, 72, 73, 75). Aus der Psychodynamik ist nicht selten ablesbar, daß der primäre Drang nach Aufgabe des eigenen Lebens und die sekundäre Mitnahmetendenz (aus altruistischen Gründen) ganz elementar in die Handlung umgesetzt, aber nicht zu Ende geführt wird (MENDE, 72). Der erweiterte Suicid nimmt also eine Sonderstellung ein; ausführliche Stellungnahme ist deshalb im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich.

Erweiterter Suicid fand sich ausschließlich bei den Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik und ausschließlich bei Tötungsdelikten, da andere Delikte, bei denen sich die Mitnahmetendenz bemerkbar macht (z. B. Brandstiftung (DONALIES, 25)) nicht untersucht wurden. Die sieben Delinquenten (4 weibliche, 3 männliche) bilden 25 % der Täter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik. Endogener Art war die depressive Verstimmung nur bei zwei Delinquenten; dies entspricht den Untersuchungen von MENDE (72, 73, 75), LEMKE (64), RASCH und PETERSEN (94), die im Gegensatz zu LANGELÜDDEKE (62) den erweiterten Suicid auch bei anderen Formen depressiver Verstimmungen, als nur bei den endogenen, fanden. Daß als Methode fast ausschließlich ernste, eruptive mit zum Teil besonderer Heftigkeit durchgeführte fremd-

aggressive und suicidale Handlungen durchgeführt wurden, spricht für die hohe suicidale Tendenz und den Todeswunsch. Entsprechend fand sich daher auch nur bei zwei Delinquenten ein appellativer Charakter.

7.3.7.5. Selektiv untersuchte Einflußvariable (Abb. 25)

Narzißtische Kränkung und präsuicidales Syndrom wurden als mögliche Einflußvariable bei den Delinquenten, die einen Suicidversuch unternommen hatten, untersucht.

Die Suicidhandlung ist eine Konfliktlösung. Der Suicidant kann - unter Aufgabe seiner Identität zugunsten einer diffusen Objektverschmelzung (Regression) - sein gekränktes Selbstgefühl nicht mehr anders schützen (HENSELER, 42) (siehe hierzu auch 4.2.). Narzißtische Kränkung fand sich in 47 % der Fälle bei suicidalen Delinquenten der Gruppe 1, in Gruppe 2 bei 60 % der Täter; der höchste prozentuale Anteil mit 78,2 % fand sich bei den suicidalen Delinquenten mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert. Die Erschütterung des Selbstwertgefühls bestimmt also auch in den vorliegenden Fällen suicidales Handeln, bei den krankheitswertig Depressiven weniger als bei den psychogen polymorbiden aus Gruppe 3.

Als Trias des präsuicidalen Syndroms, in der akut sich entwickelnden suicidalen Situation werden größere Einengung, verstärkte Aggression und Flucht in die Phantasiewelt bezeichnet (RINGEL, 96). Der suicidale Mensch erlebt sich als vereinsamt, abgesondert, ungeborgen, er befindet sich in Isolation; er lehnt sich selbst in einem Maße ab, daß er zur Selbstverurteilung und dabei zur Zerstörung seines Leibs schreitet, die durch die regressionsbedingten Phantasien bestärkt werden (RINGEL, 96).

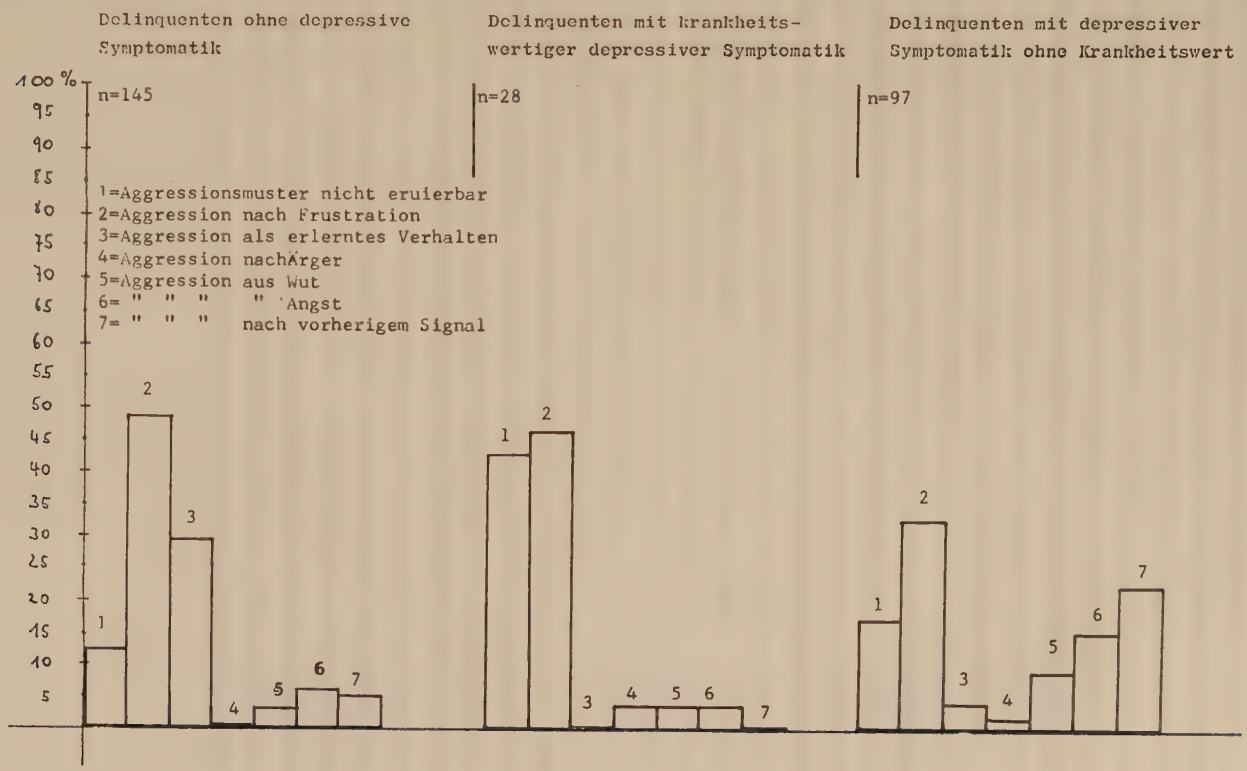
Bei 11,7 % der suicidalen Delinquenten lag ein präsuicidales Syndrom vor. Höhere prozentuale Anteile fanden sich in den Gruppen 2 und 3 (20 %; 26 %). Die dem präsuicidalen Erleben ähnliche Entwicklung zum Homizid (BURCHARD, 17), wurde bereits erwähnt. Gelingt es die positiven Affekte auf die eigene Person zu bündeln und die negativen auf die Umwelt zu projizieren, so kann eine suicidale Handlung vermieden werden (BURCHARD, 17). Die ermittelten Zahlen unterstreichen diese Behauptung; präsuicidales Erleben im Sinne RINGELS (96) ist in der Gruppe 1 bedeutend geringer. Als diagnostisches Kriterium zur Einteilung von krankheitswertigen oder nicht krankheitswertigen depressiven Zustandsbildern eignet sich das präsuicidale Syndrom in dieser Form nicht.

7.3.8. Aggressivität (Abb. 26)

Die Frage nach der Ursache aggressiven Verhaltens wird triebtheoretisch (FREUD, 31, 33, 34, 36; LORENZ, 67), durch die Frustrations-Aggressions-Hypothese (DOLLARD, 24; MILLER, 81) und damit erklärt, daß aggressives Verhalten keiner Erklärung eigener Art bedarf, sondern - wie soziales Verhalten generell - durch Erfahrung gewonnen wird. Dies geschieht sowohl beim Lernen am Modell (BANDURA, 6) als auch durch operante Konditionierung (SKINNER, 105) dadurch, daß Aggression erfolgreich ist und der Durchsetzung dient. Daneben gibt es noch aggressives Verhalten aufgrund bestimmter Signalwirkungen (BERKOWITZ, 12) nach Ärger, Wut und bei Angst.

Keinerlei Aggressionsmuster war bei 42,8 % der Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik eruierbar.

Abb.26: Aggressionsmuster der Delinquenten



Die Werte für Aggression als Antwort auf Frustration waren in allen drei Gruppe am höchsten.

Delinquenten ohne depressive Symptomatik: 48,9 %

Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik: 46,5 %

Delinquenten mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert: 32,9 %

In allen drei Gruppen kommt diese Form der Aggressionsäußerung gehäuft bei Tötungsdelikten vor. Hierbei spielt sicherlich der doppelte Aspekt des Frustrationserlebnisses eine Rolle. Neben den kognitiven Aspekt tritt der affektive, der in bestimmten Situationen den kognitiven Aspekt ausschalten kann. Bislang stehen jedoch keine Untersuchungsmethoden zur Verfügung, die Höhe eines aktuellen Affekts und die Enge oder Weite des aktuellen Bewußtseinsfeldes exakt zu messen, abgesehen von den elektroencephalographisch erfassbaren Vigilanzstufen (MENDE, 75).

Erlerntes aggressives Verhalten, sei es durch Nachahmung oder dadurch, daß man damit Erfolge erzielen kann um sich durchzusetzen, findet sich in 28,9 % der Delinquenten ohne depressive Symptomatik. Kein Täter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik und nur vier Delinquenten von 97 (= 4,1 %) mit depressiver, nicht krankheitswertiger Symptomatik, verhalten sich aggressiv aufgrund erlernter Verhaltensweisen. Allgemein beschreibt auch BURCHARD (17) nach Untersuchung von suicidalen und homizidalen Tätern, daß die Selbst- oder Fremdtötungshandlung letzlich aus einer Immitation des Verhaltens anderer erwachsen ist.

Restriktionen und Bremsung der expansiven Motorik in der motorisch expansiven Phase führen zur tieferen Einspurung depressiver Strukturelemente. Es kommt zu einem Anstauen von Aggressionspotential, die Aggression wird nach innen geleitet, es resultieren Niedergeschlagenheit, schuldgefühlhafte Stimmungen, Kriecherei, Übergefügigkeit und Regression (ELHARDT, 27). Die dauernde Verlustangst des Depressiven wird ihn hindern, aggressives Verhalten zu erlernen; dies hiese den Ast abzusägen, auf dem er sitzt (RIEMANN, 95).

Bestimmte Auslöser von Ärger können durch wiederholtes Auftreten zu aggressivem Verhalten führen (NOLTING, 85). Bei den Delinquenten in Gruppe 3 war vor allem bei den Tötungsdelikten eine wiederholte Demütigung vorausgegangen, die dann zum Tatzeitpunkt eine Signalwirkung hatte. 22,6 % der Täter agierten ihre Aggression erst dann aus, nachdem wiederholte Demütigungen vorausgegangen waren und bei zugespitzter affektiver Lage Signalcharakter erhielten.

7.3.9. Kriminalistische Faktoren

Neben der Häufigkeit kriminellen Entgleisens innerhalb der einzelnen Gruppen, interessierten die Qualität der Täter und die Häufigkeit der verschiedenen Motivationszusammenhänge.

7.3.9.1. Ersttäter/Mehrfachtäter (Abb. 27)

Sie verteilen sich auf die einzelnen Gruppen wie folgt:

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Ersttäter:	42,4 %	85,7 %	57,7 %
Mehrfachtäter:	51,4 %	10,8 %	31,2 %

Bis auf drei Täter mit Sexualdelikten waren alle Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik vorher kriminell noch nie entgleist. Delinquenten der Gruppe 1 und 3 wurden in 51,4 % bzw. 31,2 %, wegen gleicher oder ähnlicher Delikte schon mehrmals juristisch belangt. Der Auffassung, daß der Depressive zu geringem, kriminellem Entgleisen neigt (MENDE, 72), gemessen an der Zahl der Erkrankten, es nur selten zu kriminellen Handlungen kommt (LANGELÜDDEKE, 62) weil der Depressive der kriminellen Tat abhold ist (GRUHLE, 38), kann hinzugefügt werden, daß die Wiederholungsgefahr kriminellen Handelns während krankheitswertiger depressiver Verstimmungen so gut wie nicht gegeben ist. Die drei Mehrfachtäter mit sexuellen Delikten wurden zum ersten Mal nicht während einer depressiven Krankheitsphase straffällig.

7.3.9.2. Einzeltäter/Mittäter (Abb. 27)

26 (= 92,9 %) der Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik waren Einzeltäter; bei einem Täter gab es diesbezüglich keine Angaben; ein Täter mit Raubdelikt war der einzige Mittäter dieser Gruppe. In 15,9 % der Delinquenten ohne depressive Symptomatik und 14,4 % der Täter mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert, lag eine Mittäterschaft vor. Eine deutliche Bandendelinquenz war in keiner der drei Gruppen eruierbar. Die Gründe für die mangelnde Mittäterschaft krankheitswertig depressiver Delinquenten liegen in dem unbeabsichtigt, durch die Krankheit herbeigeführten kriminellen Entgleisen.

Abb.27: Kriminalfaktoren

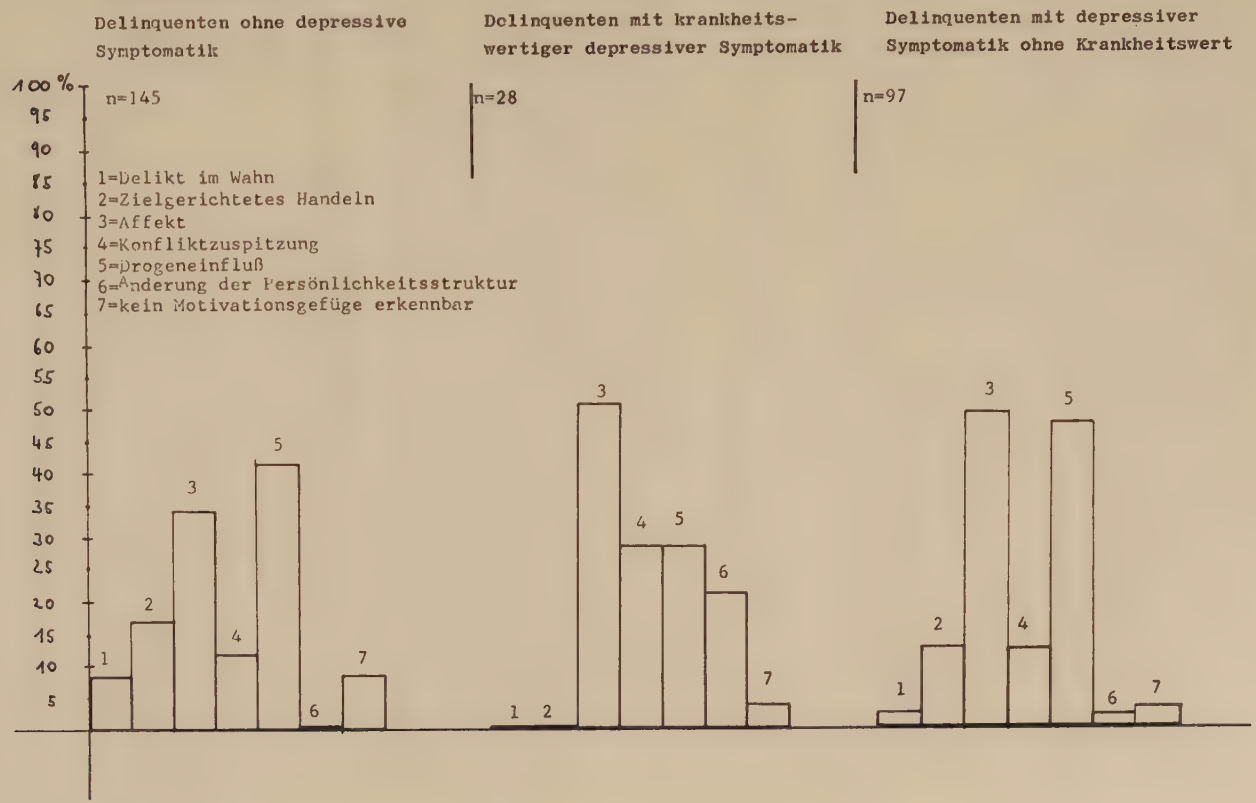
7.3.9.3. Motivation kriminellen Entgleisens (Abb. 28)

VOGL (121) beschrieb 1978 ausführlich motivationsanalytische Zusammenhänge depressiver Delinquenten und deren psychischer Entwicklung zur Tat hin. Da die Zielsetzung dieser Arbeit ein Vergleich zwischen den Delinquenten ohne depressive, mit krankheitswertig depressiver und depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert ist und sich auch in diesem Kapitel nur auf die Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten der drei Tätergruppen bezüglich der Motive beschränken kann, können motivationsanalytische Zusammenhänge nur am Rande gestreift werden.

Häufig findet man nicht nur ein einziges Motiv für die Tat (MENDE, 72, 75; VOGL, 121); BURCHARD (17) spricht von einem Motivationsbündel.

In den eigenen Untersuchungen fanden sich Motive, die zwar bei Delinquenten ohne depressive Symptomatik und bei denen ohne krankheitswertige depressive Symptomatik vorkamen, nicht aber bei den Tätern mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik. Hierzu zählen Delikte, die aufgrund einer paranoiden Symptomatik begangen wurden. Obgleich während tiefer depressiver Verstimmungen "synthyme Wahnideen" (BLEULER, 15) vorkommen können, fand sich bei keinem der krankheitswertig depressiven Delinquenten ein Anhalt für ein solches Motivationsgefüge. Eine Erklärung dafür bietet die innengerichtete Psychodynamik des depressiven Wahns, dessen aggressive Komponente zwar deutlich zum Vorschein kommt, aber auf die eigene Person gerichtet ist ("die Melancholiker glauben ihre Qualen zu verdienen") (BLEULER, 15).

Abb.28: Motive



Bei keinem der Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik konnte während der Tatausführung zielgerichtetes Handeln festgestellt werden. Die prozentualen Anteile lagen im Vergleich hierzu bei den Tätern aus Gruppe 1 in 17,2 % der Fälle vor; bei denen der Gruppe 3 in 10,3 % der Fälle. Dieses Motiv kommt neben den Tötungsdelikten vor allem beim Raub vor.

Die weitaus meisten Delikte wurden wie Abb. 28 zeigt, im Affekt begangen. Die prozentuale Beteiligung der Delinquenten aus den einzelnen Gruppen teilt sich wie folgt auf: Gruppe 1: 34,4 %; Gruppe 2: 51,1 %; Gruppe 3: 49,4 %. Nicht in allen Fällen war der Affekt so hochgradig, daß eine tiefgreifende Bewußtseinsstörung resultierte, wie sie MENDE (75) für eine De- oder sogar Exkulpierung fordert. Besonders hoch ist der Anteil der Delinquenten aus Gruppe 2 und 3. Für die aggressiven Entladungen ist die Agitiertheit, die die depressive Verstimmung begleitet, von ausschlaggebender Bedeutung (RASCH und PETERSEN, 94). Neben einer veränderten Gesamtverfassung resultiert nach RASCH und PETERSEN (94) aus der inneren Beunruhigung bei gleichzeitiger Hemmung mit Unvermögen zu realitätsangepasstem Verhalten ein Handlungsbedürfnis, das sich letzlich in irgendwelche Tätigkeiten umsetzt. Nicht zuletzt spielt auch die bei depressiven Verstimmungen vorkommende Angst (BLEULER, 15) (vergleiche Abb. 23) eine wichtige Rolle bei affektiven Durchbrüchen. Durch äußere Reize ausgelöst, kann es bei gleichzeitiger Agitiertheit zu ängstlich getönten, affektiven Durchbrüchen kommen. Auch SCHULTE (112) weist auf die Aggressionstendenzen bei angstbetonter Affektentladung hin. Neben diesen spezifischen Merkmalen lagen, ebenfalls in den Gruppen 1 und 3, zusätzlich affektive Durchbrüche vor, die sich erst in der letzten Zuspitzung der Tatanlaufszeit angebahnt hatten und noch weitere Einflüße (Alkohol, diskrete frühkindliche Hirnschäden, neurotische Fehlhaltungen, erlebnisreaktive Entwicklungen und abnorme Persönlichkeitsverfassung) als konstellierende Faktoren beinhalteten (MENDE, 75).

Kriminelles Entgleisen als Folge eines chronischen Konflikts, der sich in der Tatanlaufszeit zuspitzte, wurde in allen drei Gruppen beobachtet. Die prozentuale Beteiligung der Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik liegt hier mit 28,5 % am höchsten (im Vergleich hierzu: Gruppe 1: 11,7 %; Gruppe 3: 12,3 %).

Die Ausbildung einer homizidalen Tatbereitschaft - eine bestimmte psychische Verfassung einer speziellen Gestimmtheit; das subjektive Erleben des späteren Täters zeigt keine auf den anderen gerichtete Aggression, sondern äußert sich vorzugsweise in Hilflosigkeit, Verzweiflung, depressiver Verstimmung und in einem Gefühl der Auswegslosigkeit und Isolierung - bei vorausgegangenem chronischem Konflikt mit oder wegen des späteren Opfers (RASCH, 92; RASCH und PETERSEN, 94), fand sich nur in der Gruppe der Täter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik. Die von MALMQUIST (70) versuchte Deutung dieses Phämomens beruht auf einer Verwischung der Grenzen zwischen Subjekt und Objekt; bei gleichmäßig irrationalem Erleben der Außenwelt und herabgesetztem Realitätsbewußtsein, wird das Opfer introjiziert, die aggressiven Tendenzen richten sich gegen das Selbst und werden weniger fremdaggressiv erlebt.

Die Entwicklung zum Homizid, wie sie BURCHARD (17) beschreibt, wird in allen drei Gruppen gefunden. Ähnlich der Entwicklung zum Suicid kommt es durch unstete Beschäftigung, Wohnungswechsel, Gefängnishaft, gescheiterte Partnerbeziehungen zu einer Isolation. Die beim Suicidalen daraus resultierende Selbstverurteilung kann der Homizidale durch Selbstgerechtigkeit und Bündelung positiver Affekte auf sich selbst beiseite schieben, während er es umgekehrt vermag die negativen Emotionen auf die Umwelt zu projizieren. Die aggressiven Tendenzen richten sich bei manchen Mördern und Totschlägern ausschließlich auf die Umgebung, bei anderen sind sie teilweise auf die eigene Person zurückgebogen, so daß die spätere Tat als Einleitung einer Selbstbestrafung imponiert.

Des weiteren fanden sich in allen drei Gruppen nach Konfliktzuspitzung bei chronischem Konflikt affektive Durchbrüche, die bei den Tätern der Gruppe 1 auf die Neigung zu Primitivreaktionen, auf paranoider Einengung, Alkoholeinfluß, abnorme Persönlichkeitsverfassungen, neurotische Fehlhaltungen, cerebrale Schäden und anderes zurückzuführen waren; ähnliches gilt für Gruppe 3. In Gruppe 2 fanden sich bezüglich der affektiven Durchbrüche nach Zuspitzung eines chronischen Konflikts, neben der Ausbildung zur homizidalen Tatbereitschaft (RASCH, 92; RASCH und PETERSEN, 94) und der später noch zu beschreibenden Auflockerung der gesamten Persönlichkeitsstruktur (BÜRGER-PRINZ, 18), die bereits hinlänglich beschriebenen affektiven Durchbrüche aufgrund innerer Agitiertheit und Angst.

Drogengenuß zur Tatzeit fand sich bei acht Tätern (= 28,5 %) mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik. Drogengenuß und speziell Alkoholkonsum spielen nach MENDE (72, 73, 75) bei den kriminellen Entgleisungen Depressiver eine große Rolle. Daß kein endogen Depressiver Delinquent zur Tatzeit unter Alkohol- oder Drogeneinfluß stand, bestätigt die Aussage MENDES (72, 73, 75), wonach endogen Depressive schon vom Persönlichkeitstyp her im allgemeinen weniger gefährdet sind dem Alkohol oder anderen erleichternd wirkenden Drogen zu verfallen.

Ganz besonders sind jedoch neurotisch oder reaktiv Depressive, wie auch in der vorliegenden Arbeit die Delinquenten der Gruppe 2 mit neurotischer Symptomatik, der Versuchung ausgesetzt, die befreiende, entspannende und die Stimmung anhebende Wirkung mancher Drogen auszunützen. MENDE (72, 73) sieht am Anfang einer solchen süchtigen Enwicklung vor allem ängstlich-getönte Verstimmungen, die sich bei vielen Tätern nachweisen läßt. SCHULTE (112) weist ebenfalls auf die Beeinflußung durch Rauschmittel bei depressiven Tätern hin. Wie aus Abb. 21 hervorgeht, sind vor allem in Gruppe 2 und 3 die Delinquenten mit neurotischer

Fehlhaltung am häufigsten vorhanden. Eine Erklärung hierfür findet sich in der Tiefenpsychologie. Die Suchtmittel haben den unbewußten Aspekt einer verwöhnenden, über alles hinweg tröstenden Ersatzmutter, die Depression wird abgewehrt; durch Selbstverwöhnung entzieht sich der Süchtige der enttäuschenden "harten" Realität; zusätzlich soll das strenge Überich "narkotisiert" werden (ELHARDT, 27). Diese Zusammenhänge treffen für einen Großteil der 46 Delinquenten (= 47,4 %) mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert zu. Wie in den vorausgegangenen Kapiteln dargestellt, spielen familiäre und soziale Einflüße eine große Rolle. Insbesondere spielen bei den 41,3 % der Delinquenten aus der Gruppe der Täter ohne depressive Symptomatik, die unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen eine wichtige Rolle, zumal hier keine depressiven Symptome vorliegen. Bestimmte Delikte wie Notzucht, Totschlag, schwere Körperverletzung und Raub überwiegen deutlich gegenüber alkoholneutralen Vergleichsgruppen, dennoch kann nicht vom speziellen Alkoholtätertyp gesprochen werden (MENDE, 75).

Neben der geringen Anfälligkeit für süchtiges Verhalten bei endogener Depression (kein Delinquent innerhalb dieser Untersuchungen), der hohen Gefährdung gegenüber Suchtmitteln bei neurotisch-reaktiv-depressiver Fehlhaltung, den Persönlichkeitsstörungen anderer Genese, soll die katalysierende und oftmals tatauslösende Funktion des Alkohols erwähnt sein. Alkoholgenuß begünstigt oftmals das Bedingungs- und Persönlichkeitsgefüge auf dessen Hintergrund die Tat entsteht und bildet somit einen "unmittelbaren Motivationshintergrund" (VOGL, 121).

Ein wichtiges Differenzierungskriterium der krankheitswertigen depressiven Verstimmung stellt die Veränderung der Persönlichkeitsstruktur dar. Bei echten Melancholischen reichen zwar für gewöhnlich schon allein Struktur, Ausgangspersönlichkeit, Hemmung, Entschlußlosigkeit, Angst vor

zusätzlicher Versündigung und Läuterungsbereitschaft aus, um einem Schutzwall gegen strafbare Entgleisungen zu gewährleisten. Eine größere kriminogene Bedeutung kommt neben den depressiven Erlebnissreaktionen, neurotischen Depressionen sowie Verstimmungszuständen von mehr psychopathologischer Persönlichkeitsstruktur, den agitierten, geängstigteren und getriebeneren Varianten der Melancholie zu, wenn damit gleichzeitig Krisen des Selbstwerterlebens verbunden sind (MENDE, 75).

Die Beobachtung SCHULTES (112), daß bei organisch Depressiven, wenn sie kriminell entgleisen, die Erschütterung und das Darniederliegen des Selbstwertgefühles sowie das Erlebnis der zunehmenden Leistungs- und Seinsinsuffizienz der gemeinsame Hintergrund dieser Straftaten ist, erweitert MENDE (75) auf weitere Depressionformen.

Deneben beschreibt BÜRGER-PRINZ (18) einen "Knick in der Lebenslinie" als Ursache der auch oben beschriebenen allgemeinen Auflockerung der Persönlichkeitsstruktur. Innerhalb dieses besonderen Persönlichkeitsgefüges schwindet die Möglichkeit zur kritischen Reflexion, die Persönlichkeit wird nivelliert, ein Mangel an Impulssteuerung führt zur kriminellen Entgleisung. Als primärer Motivationshintergrund wurde die Auflockerung der Persönlichkeitsstruktur bei sechs Delinquenten (= 21,4 %) der Gruppe 2 und bei zwei Delinquenten (= 2,0 %) der Gruppe 3 gefunden. Als zusätzlicher Faktor im Motivationsgefüge fand es sich bei sehr vielen Tätern der Gruppe 2.

Keine Angaben über die Motivation des Tatgeschehens waren von 8,2 % = zwölf Delinquenten der Gruppe 1 und von einem Täter der Gruppe 2 und drei Tätern der Gruppe 3 zu erhalten.

Zusammenfassend kann zum Unterschied über das Motivationsgeschehen bei den Delinquenten der drei Gruppen folgendes gesagt werden:

1. Zielgerichtetes Handeln ist nur dann zu erwarten, wenn keine krankheitswertige depressive Symptomatik vorhanden ist. In den Fällen der Gruppe 3, in denen trotz depressiver Symptomatik zielgerichtetes Handeln motivational ausschlaggebend war, war die depressive Symptomatik nur leicht ausgeprägt.

2. Agitierte und ängstliche Depressionsformen führen ihres Handlungsbedürfnisses wegen bei affektiver und konflikthafter Zuspitzung eher zu kriminellen Entgleisungen als gehemmte Depressionen.

3. Alkohol und Drogen nehmen im Motivationsgefüge neurotisch oder reaktiv Depressiver eine Schlüsselstellung ein, wenn ein Suchtverhalten eruierbar ist; nicht bei endogen Depressiven.

4. Eine Auflockerung der Persönlichkeitsstruktur findet sich nach Krisen des Selbstwerterlebens in denen Seins- und Leistungsinsuffizienz erlebt weden (MENDE, 75; SCHULTE, 112); vorzüglich bei organisch Depressiven aber auch bei anderen Depressionsformen.

8. Zusammenfassung

270 ausgewählte Gutachten, die innerhalb eines 11-Jahreszeitraumes in der Forensischen Abteilung der Psychiatrischen Klinik der Universität München, von Januar 1971 bis Dezember 1981, erstellt wurden, bildeten die Grundlage der vorliegenden Untersuchung. Die 270 ausgewählten Gutachten wurden zur Beurteilung der Schuldfähigkeit bei Aggressionstätern erstellt. Es wurde nach Unterschieden und Gemeinsamkeiten bei den Delinquenten gesucht, nachdem diese in die drei Untergruppen:

1. Aggressionstäter ohne depressive Symptomatik,

2. Aggressionstäter mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik und

3. Aggressionstäter mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert

aufgeteilt worden waren. Das Spektrum der Straftaten umfaßte folgende, direkt aggressiven Delikte: Totschlag und Totschlagversuch, Mord und Mordversuch, Körperverletzung und Raub.

Im ersten Teil der Arbeit wurde durch die Synopsis verschiedener literarischer Quellen der Zusammenhang zwischen Fremd- und Autoaggression, Depression und Kriminalität herausgearbeitet.

Bereits sehr früh findet sich in den psychoanalytischen Schriften ein Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Fremd- und Autoaggression (FREUD, 31, 33, 34, 36; ABRAHAM, 1), der im Verlauf der Zeit zunehmend erhärtet wurde (MENNINGER, 77; HENSELER, 42; WELLHÖFER, 126; RINGEL, 96).

Im Mittelpunkt des psychiatrischen Interesses stand die Depression und die kriminellen Entgleisungsmöglichkeiten derjenigen, die daran erkrankten. Ausführliche Literatur hierzu fand sich bei MENDE (72, 73, 74, 75), RASCH (92, 93), RASCH und PETERSEN (94) und SCHULTE (112). Einschätzung und forensische Relevanz krimineller Entgleisungen bei Depressiven hatten sich, nicht zuletzt auch wegen der nosologischen Differenzierung, im Verlauf der Zeit immer wieder geändert (vergleiche hierzu: V. KRAFT-EBING, 55; LOMBROSCO, 66; PLICZ, 90; CRAMER, 22; BISCHOFF, 14; BIRNBAUM, 13; LANGELÜDDEKE, 62; MENDE, 72, 73, 74, 75; GRUHLE, 38; SCHULTE 112, BURCHARD, 17). Trotz der "contemporary confusion" (KENDELL, 48), die verusacht wurde durch unzählige Versuche die Depression und ihre Erscheinungsform zu klassifizieren, steht die heutige forensische Psychiatrie auf dem Standpunkt, daß in der Begutachtung das depressive Syndrom und dessen Auswirkungen mehr zu beachten sind, als die nosologische Zuordnung (MENDE, 72, 73; RASCH, 93).

Im zweiten Teil der Arbeit wurde jedes einzelne Gutachten - im Sinne einer retrospektiven Vergleichsreihe - auf bestimmte Parameter hin untersucht, die aus den biographisch-anamnestischen und psychologisch-anamnestischen Angaben der Gutachten zu entnehmen waren. Die ermittelten Werte wurden in Nominalskalen mit Prozenträngen aufgetragen und untereinander verglichen.

Die epidemiologische Erwartung, daß 3 - 4 % der Normalbevölkerung an Depressionen erkranken (HELMCHEN, 41), wird von den 270 Delinquenten um den Faktor 2,5 übertroffen. 10,4 % aller untersuchten Täter waren zum Zeitpunkt krankheitswertig depressiv. Die im juristischen Sinne als Totschlag und Totschlagversuch bezeichneten Delikte überwogen bei weitem bei den Depressiven (mit und ohne Krankheitswert); die Morddelikte lagen im Vergleich zur Gruppe 1 bedeutend niedriger. Körperverletzung wurde

von keinem krankheitswertig depressiven Delinquenten begangen. In nur zwei Fällen lag bei krankheitswertig depressiven Tätern das Delikt des Raubes vor. Obwohl es bei Depressiven immer wieder zu Delikten kommt, die sich nicht in das traditionelle Spektrum der Deliktformen einordnen lassen (MENDE, 72, 73, 74), scheinen Körperverletzung und Raub nur am Rande der Aggressionsproblematik bei Depressiven eine Rolle zu spielen. Die vor allem depressive Neurosenstruktur mit de- bzw. exkulpierender Konsequenz überwog bei den Sexualdelikten.

Erst nach diagnostisch nosologischer Aufteilung und nach Trennung der Deliktformen, fanden sich differierende Altersdurchschnittswerte. Das Durchschnittsalter lag am höchsten bei den endogen depressiven Delinquenten mit Tötungsdelikten. Die Delinquenten mit niedrigerem Durchschnittsalter waren nosologisch den Neurosen und Psychopathien zugeordnet und verteilten sich auf die übrigen Delikte.

Die epidemiologisch gesicherte, erhöhte Prävalenz für Frauen depressiv zu erkranken, scheint gleichzeitig das Risiko dann auch straffällig zu werden, um etliches zu erhöhen. Über ein Drittel der Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik waren Frauen.

Die prämorbide Persönlichkeit, die den depressiven Delinquenten relativ fest in den sozialen Verbund eingliedert, zeigte sich in gehobener beruflicher Qualifikation, vermehrter Mittel- und Oberschichtzugehörigkeit sowie im Familienstand des Verheirateten bzw. fest Liierten.

Belastungen und Traumatisierung in früher Kindheit werden als Teilfaktoren für späteres depressives Erleben, suicidales Handeln, aggressives Verhalten und kriminelles Entgleisen benannt. Aus der Untersuchung der Broken home-Situation, Heimaufenthalten und punitiv-restriktiven Erzie-

hungsmethoden ergibt sich ein Hinweis dafür, daß sich die oben erwähnten Folgen aufsummieren können und dann gehäuft bei depressiv-suicidal, kriminell-aggressiv entgleisten Delinquenten (Gruppe 2) zu finden sind.

Die psychologisch anamnestischen Untersuchungen ergaben Hinweise für die Beeinträchtigung der Persönlichkeitsstruktur bei der Gesamtheit der krankheitswertigen depressiven Delinquenten. Die Störungen beinhalteten vor allem: Erniedrigtes Selbstwertgefühl, vermehrte Regressionsneigung und gestörtes Kontaktverhalten. Wie in der Literatur beschrieben, kommt es unter diesen Voraussetzungen meist dann zu aggressiven und triebbetonten Handlungen, wenn eine Erschütterung der Selbsteinschätzung und das Eingeständnis der eigenen Seins- und Leistungsinsuffizienz vorliegen (MENDE, 75; SCHULTE, 112).

Die Gruppe der nicht krankheitswertig depressiven Delinquenten, die sich vor allem aus Neurotikern und Psychopathen zusammensetzt, zeigte hinsichtlich der Störungen der Persönlichkeitsstruktur neben erniedrigtem Selbstwertgefühl, erhöhte ambivalente Tendenzen und angstbetontes Verhalten, ebenso wie Kontaktstörungen. Allen drei Delinquentengruppen gemeinsam ist in hohem Maße das erniedrigte Selbstwertgefühl, während die übrigen, oben genannten Störungen der Persönlichkeitsstruktur spezifisch für die einzelnen Gruppen zu sein scheinen.

Affektstörungen sind ebenfalls für alle drei Gruppen kennzeichnend. Unterschiede qualitativer Art ergeben sich auch hier erst nach Aufteilung in das Spektrum der verschiedenen Affektstörungen. Affektverflachung, erhöhte Reizbarkeit und Neigung zu Primitivreaktionen kommen bei Delinquenten ohne depressive Symptomatik häufiger vor als bei denjenigen der Gruppe 2 und 3. Hier herrschen vor allem erhöhte Neigung zu Depressivität, Affektlabilität und Affektstau vor. Innerhalb der drei Delinquentengruppen liegt somit eine differente Verteilung der einzelnen Affektstörungen vor; an die Grenzen der Verwendbarkeit stößt man jedoch dann, wenn die Höhe eines Affekts und dessen Auswirkung auf den Bewußtseinszustand beurteilt werden soll, da es hierzu bislang keine entsprechenden Meßverfahren gibt (MENDE, 75).

Neurotizismen, Hinweise frühkindlicher Traumatisierung, eignen sich wenig zur Differenzierung krimineller Entgleisungsmöglichkeiten. Sie treten gehäuft auf in der Gruppe 3 der nicht krankheitswertigen depressiven Delinquenten, die sich vor allem aus Neurotikern und Psychopathen zusammensetzt. Wie bei anderen Untersuchungen zur frühkindlichen Traumatisierung kann retrospektiv nur vermutet werden, daß es sich um einen konstellierenden Zusatzfaktor handelt, der durch Summation mit anderen eine potentiell-kriminelle Entgleisung eher begünstigen kann, als bei dessen Nichtvorhandensein.

Die Untersuchungswerte bezüglich der Frustrationstoleranz heben sich innerhalb der Gruppe 2 von denen der Delinquenten ohne krankheitswertige Symptomatik und von denen mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert ab. Im Gegensatz zu den Gruppen 1 und 3 liegen hier sowohl für

erhöhte und erniedrigte Frustrationstoleranz prozentual höhere Werte vor. Erklären läßt sich die erhöhte Frustrationstoleranz aus der Verlustangst des Depressiven und seiner vorzüglichen sozialen Integration, die ihn befähigen, Frustrationen in höherem Maße zu ertragen als andere. Durch entsprechende Mechanismen kann diese, an sich hohe Frustrationstoleranz, dann jedoch umso leichter durchbrochen werden. Daß als Kompensationsmöglichkeit nicht nur aggressives Verhalten nach außen folgen muß, sondern es unter Umständen zu autoaggressiver Handlungsweise kommt, ist aus der Literatur bekannt (NOLTING, 85).

Die Delikte Raub und Sexualverbrechen wurden in allen drei Gruppen von Delinquenten begangen, bei denen Verwahrlosungstendenzen nachweisbar waren. Dabei scheint es keine Rolle zu spielen, in welcher Richtung die Persönlichkeit sich entwickelt. Trotz der immer wieder betonten, guten sozialen Integration des Depressiven (BLEULER, 15; ELHARDT, 27; GRUHLE, 38; SCHULTE-TÖLLE, 113) scheint die kriminelle Entgleisungstendenz bei Vorliegen von Verwahrlosung für Depressive nicht vermindert. Die Motivationszusammenhänge scheinen auf einer anderen Ebene zu liegen.

Alkoholabhängigkeit fand sich in allen drei Gruppen; Gruppe 2 war von Drogenabhängigen ausgenommen. Die meisten Delinquenten mit süchtiger Fehlhaltung fanden sich in allen Gruppen unter den Sexualtätern. Es bestätigte sich, die in der Literatur beschriebene (ELHARDT, 27; MENDE, 72, 73, 74, 75; RASCH, 93) Gefährdung reaktiv und neurotisch Depressiver in Drogen- und Alkoholabhängigkeit zu geraten, so wie deren Relevanz für ein kriminelles Entgleisen. Abhängigkeit von Drogen oder Alkohol fand sich in keinem Fall bei endogen Depressiven; bei diesen spielte in keinem Fall Alkoholeinfluß zur Tatzeit eine wesentliche Rolle. Um also ein Differenzierungskriterium postulieren zu können, ist es hinsichtlich

der Alkohol- und Drogenproblematik unerläßlich eine genaue nosologische Zuordnung der depressiven Verstimmung zu fordern. Die "krankhaften seelischen Störungen" wie endogene Depressionen oder Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bilden nur einen geringen Anteil der untersuchten Delinquenten. Die überwiegende Zahl der begutachteten Straftäter fällt unter die "anderen seelischen Abartigkeiten" der Paragraphen 20, 21 StGB. Am wenigsten fand sich eine "tiefgreifende Bewußtseinsstörung" oder "Schwachsinn". In den Gruppen 1 und 3 fanden sich unter anderem auch Delinquenten, die keinem psychiatrischen Krankheitsbild zuzuordnen waren. Der Anteil neurotischer Fehlhaltungen ist besonders hoch in den Gruppen 2 und 3. Psychopathische Persönlichkeiten dominierten in Gruppe 1 und kamen mit annähernd gleicher Häufigkeit in den Gruppen 2 und 3 vor. Aus der Häufigkeit des Vorkommens gleicher psychiatrischer Diagnosen bzw. deren differentes Auftreten innerhalb der untersuchten Gruppen, kann nicht auf die Krankheitswertigkeit zurückgeschlossen werden. Die untersuchten Werte ergeben jedoch, daß neurotisches Fehlverhalten, wenn es mit depressiver Symptomatik einhergeht, häufiger zu kriminellem Entgleisen neigt, als Neurosen anderer Genesen.

Außer der endogenen Depression konnte keine andere Form der Depression eindeutig als krankheitswertig oder nicht krankheitswertig eingestuft werden. Psychogene, reaktive, neurotische und somatogene Depression bilden als nosologische Einheit, wenn sie nicht die Tiefe der jeweils depressiven Verstimmung angeben, keine Möglichkeit die Krankheitswertigkeit dieser Verstimmung festzulegen. Depressive Verstimmungen können psychotische Ausmaße annehmen oder oft leicht sein, daß von "Irresein" oder von Psychose weder in populärem noch in forensischem Sinne gesprochen werden kann (BLEULER, 15).

Von den 22 untersuchten depressiven Symptomen konnte keines eindeutig der Gruppe mit den krankheitswertig depressiven Delinquenten bzw. der der Delinquenten mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert zugeordnet werden. Es ergaben sich in den einzelnen Gruppen zwar deutlich prozentuale Unterschiede hinsichtlich Verteilung und Häufigkeit; eine Aussage bezüglich der Krankheitswertigkeit kann jedoch nicht gemacht werden. Die Quantifizierung eines depressiven Syndroms und die Beurteilung der graduellen Manifestation bleibt der klinischen Erfahrung des Gutachters überlassen oder muß durch standardisierte Beurteilungsskalen im Sinne einer prospektiven Untersuchung eruiert werden. Hypothetisch ließe sich aus diesen prospektiven Studien erwarten, daß, mit Hilfe der Faktorenanalyse, Merkmalskonstellationen auftreten, die den oben aufgeführten 22 Symptomen entsprechen. Damit ließen sich zur Quantifizierung - ähnlich wie bei der Entstehung des AMDP-Systems - für den forensischen Bereich altbekannte klinisch-psychiatrische Symptome mit standardisierter Methodik statistisch belegen (MENDE, 76). Retrospektive Verfahren eignen sich hierzu nicht. Um zukünftig eine Homogenität der Befundaten zu erreichen, schlägt MENDE (76) als Ziel eine quantifizierende Deskription psychischer Normabweichungen bei der Begutachtungsuntersuchung vor; hiermit ließe sich eine Basis für die Bearbeitung spezieller Aufgaben der Quantifizierung oder präziser gesagt Graduierung schaffen (MENDE, 76).

Dem Zusammenhang zwischen Gewalttendenzen und Suicid, wie ihn PHLLIP (88); PROVENT (91) oder VIRKKUNEN (120) beschreiben, kann in der vorliegenden Arbeit nur bedingt zugestimmt werden. Der Gesamtanteil suicidaler Delinquenten ist zwar in Gruppe 1 am geringsten, die Ernsthaftigkeit, die durch einen Suicidversuch zum Ausdruck kam, jedoch am

höchsten. Auch in Gruppe 2 überwog die Ernsthaftigkeit der Suicidalität die durch suicidales Handeln unterstrichen wurde. Bei den Delinquenten mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert bewegte sich die Suicidalität in über der Hälfte der Fälle nicht im aktiven Handlungsbereich sondern äußerte sich "nur" in Selbstmordgedanken. Die Suicidversuche wurden bis auf wenige Ausnahmen durchweg von Totschlägern und Mördern begangen. Ein Zusammenhang zwischen Suicidalität und Gewalttendenzen bei Delinquenten ohne depressive Symptomatik konnte nur in geringem Anteil gefunden werden. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen Suicidalität und Gewalttendenzen besteht jedoch für die Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik. Bezüglich des Spektrums der Straftaten stehen Tötungsdelikte im Vordergrund. Wenn die Suicidalität als Unterscheidungskriterium zwischen krankheitwertiger depressiver Symptomatik und nicht krankheitswertiger depressiver Symptomatik in Frage kommt, dann nur in der Trennung von Handlungs- und Gedankenebene. Bei den Gewalttätern mit Sucidalität im Handlungsbereich überwiegen die "harten" Methoden (Erhängen, Ertrinken, Sturz, Schnitt), im Gegensatz zu den Delinquenten der Gruppe 3, die "weichere Methoden vorziehen".

Der appellative Charakter suicialen Handelns stand zwar im Vordergrund des Motivationsgeschehens, dennoch fand sich bei fast einem Drittel der Delinquenten Bedauern darüber, gerettet worden zu sein. Aus "pseudoaltruistischen" Überlegungen unternahmen nur Delinquenten mit krankheitswertiger depressiver Symptomatik Suicidversuche (ausschließlich erweiterter Suicid).

Erweiterter Suicid, eine eigene Tatkategorie und vor allem forensisch von Bedeutung (MENDE, 72, 73, 75), fand sich nur bei Gewalttätern mit krankheitswertig depressiver Symptomatik; hier jedoch auch bei anderen Formen depressiver Verstimmtheit (vergleiche hierzu: MENDE, 72, 73, 75; LEMKE, 64; RASCH und PETERSEN, 94), als nur bei der endogenen Depression, wie es LANGELÜDDEKE (62) forderte.

Die selektiv untersuchten Einflußvariablen: Narzißtische Kränkung und präsuicidales Syndrom trennten die suicidalen Delinquenten mit depressiver Symptomatik von denen ohne depressive Symptomatik ab. Die Erschütterung des Selbstwertgefühls führt bei depressiver Verstimmtheit nicht nur vermehrt zu Fremdaggression (vergleiche MENDE, 72, 73, 75; SCHULTE, 112) sondern auch verstärkt zu autoaggressiver Handlungsweise, verglichen mit den Delinquenten ohne depressive Symptomatik. Ebenso findet sich bei depressiven Delinquenten in größerer Anzahl ein ausgeprägtes präsuicidales Syndrom, das unter bestimmten Umständen in homizidales aggressives Handeln umschlagen kann (BURCHARD, 17).

Aggressives Verhalten beruhte in den meisten Fällen auf vorangegangener Frustration. Ein deutlicher Unterschied bestand innerhalb der Gruppen bezüglich erlernter Aggressivität; diese fand sich nur bei Delinquenten ohne depressive Symptomatik und nur bei vier Tätern mit depressiver Symptomatik ohne Krankheitswert.

Die kriminologischen Faktoren, die Erst- und Mehrfachtäter sowie Einzel- und Mittäter unterschieden, lieferten eindeutige Ergebnisse. Die Mehrzahl (85 %) der krankheitswertigen depressiven Delinquenten wurde erstmals straffällig und war in über 90 % der Fälle Einzeltäter.

Über das Motivationsgeschehen innerhalb der drei Gruppen läßt sich zusammenfassend folgendes sagen:

1. Zielgerichtetes Handeln ist nur dann zu erwarten, wenn keine krankheitswertige depressive Symptomatik vorhanden ist. In den Fällen der Gruppe 3, in denen trotz depressiver Symptomatik zielgerichtetes Handeln motivational ausschlaggebend war, war die depressive Symptomatik nur leicht ausgeprägt.

2. Agitierte und ängstliche Depressionformen führen ihres Handlungsbedürfnisses wegen bei affektiver und konflikthafter Zuspitzung eher zu kriminellem Entgleisen als gehemmte Depressionen.

3. Alkohol und Drogen nehmen nur im Motivationsgefüge neurotisch oder reaktiv Depressiver eine Schlüsselstellung ein, wenn ein Suchtverhalten eruierbar ist; nicht bei endogen Depressiven.

4. Eine Auflockerung der Persönlichkeitsstruktur findet sich nach Krisen des Selbstwerterlebens, in denen Seins- und Leistungsinsuffizienz (MENDE, 75; SCHULTE, 112) erlebt werden, vorzüglich bei organisch Depressiven aber auch bei anderen Depressionsformen.

Literaturverzeichnis

1) ABRAHAM, K:
Selected Papers of Psychoanalysis, New York, basic books, pp. 137 - 156, (1960); zitiert aus: STEINMEYER, E.-M.: Depression, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, (1980).

2) ANDICS, M.:
Über Sinn und Sinnlosigkeit des Lebens, Gerold und Co., Wien (1938); zitiert aus RINGEL, E.: Der Selbstmord; Reprints Psychologie Band 19, Fachbuchhandlung für Psychologie, 2. Auflage, Frankfurt/Main (1981).

3) ANGST, J., PERRIS, C.:
Zur Nosologie endogener Depressionen; Archiv Psychiatrischer Nervenkrankheiten, 210, Seite 373 - 386, (1968).

4) BACH-Y-RITA, G., VENO, A.:
Habitual Violence; a Profile of 62 Men; Am. J. of Psychiatry, 131, pp. 1015 - 1017, (1974).

5) BAEYER, W. v., BAEYER-KATTE, W. v.:
Angst, Suhrkamp Taschenbuch 118, Suhrkamp Verlag Frankfurt/Main, (1973).

6) BANDURA, A., WOLTERS, R. H.:
Adolescent Aggression, New York, (1959), zitiert aus: NOLTING, H.-P.: Lernfall Aggression, rororo 7139, Rowohlt GmbH Reinbek, (1979).

7) BECK, A. T.:
Depression (Clinical, Experimental and Theoretical Aspects), Harper and Row, New York, (1967), zitiert aus: STEINMEYER E.-M.: Depression, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, (1973).

8) BECK, A. T.:
The Core Problems of Depression. The Cognitive Triad. Science und Psychoanalysis, 17, pp. 47 - 55, (1970), zitiert aus: HELMCHEN, H., LINDEN, M.: Depressive Erkrankungen, Urban & Schwarzenberg, München, (1981).

9) BEITZKE, H.:
Psychologisch-anatomische Untersuchungen an Selbstmördern, Wiener klinische Wochenschrift, 51, Seite 625 - 628, (1938).

10) BERKOWITZ, L.:
Aggression: A Social Psychological Analysis. New York, Toronto, London, San Francisco, (1962), zitiert aus: SELG, H.: Zur Aggression verdammt? 3. Auflage, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, (1973).

11) BERKOWITZ, L.:
Aggression, Stichwort in ARNOLD, W., EYSENCK, H. J., MEILI, R.: Lexikon der Psychologie, Band I, Herder, Freiburg, Basel, Wien, (1972).

12) BERKOWITZ, L.:
Words and Symbols as Stimuli to Aggressive Responses; in: KNUTSON, J. F. (Ed) Control of Aggression, Chicago, (1973), zitiert aus: NOLTING, H.-P.: Lernfall Aggression, rororo 7139, Rowohlt Verlags GmbH, Reinbek, (1979).

13) BIRNBAUM, K.:
Kriminalpsychopathologie und psychobiologische Verbrecherkunde, SPRINGER, Berlin, 1931; zitiert aus: RASCH, W., PETERSEN, U.: Kriminalität innerhalb endogen phasischer Depressionen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 48, Seite 187 - 197, (1965).

14) BISCHOFF, E.:
Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie, Urban & Schwarzenberg, Berlin, 1912; zitiert aus: RASCH, W., PETERSEN, U.: Kriminaltiät innerhalb endogen phasischer Depressionen; Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 48, Seite 187 - 197, (1965).

15) BLEULER, E.:
Lehrbuch der Psychiatrie, 14. Auflage, bearbeitet von BLEULER, M. (Herausgeber), Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, (1979).

16) BOWLBY, J.:
Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit, Urban & Schwarzenberg, München, (1971).

17) BURCHARD, J. M.:
Lehrbuch der systematischen Psychopathologie, Band II, UTB 1004, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, (1980).

18) BÜRGER-PRINZ, H.:
Probleme der phasischen Psychosen, Forum der Psychiatrie, Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart, (1961).

19) BURKS, H. L., HARRISON, S. I.:
Aggressive Behavior as a Means of Avoiding Depression. American Journal Orthopsychiatriy, 32, pp. 416 - 422, (1962).

20) BUSS, A. H.:
The Psychology of Aggression, New York, (1961); zitiert aus: NOLTING, H. P.: Lernfall Aggression, rororo 7139, Reinbek, (1979).

21) CAESAR, B.:
Autorität in der Familie, rororo, Reinbek, (1972).

22) CRAMER, A.:
Gerichtliche Psychiatrie, 4. Auflage, Gustav Fischer, Jena, (1908); zitiert aus RASCH, W., PETERSEN, U.: Kriminalität innerhalb endogen phasischer Depressionen, Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 48, Seite 187 - 197, (1965).

23) CRANACH, M. v.:
Klassifikation und Epidemiologie depressiver Snydrome, Münchner medizinische Wochenschrift, 116. Seite 755 - 759, (1974).

24) DOLLARD et al.:
Frustration and Aggression, New Haven, (1939); Deutsch: Frustration und Aggression, Weinheim, (1971).

25) DONALIES, H.:
Nervenarzt, 20, Seite 133 - 137 (1949); zitiert nach: MENDE, W.: Zur Kriminologie depressiver Verstimmungen; Nervenarzt, 12, Seite 546 - 553 (1967).

26) DURKHEIM, E.:
Le suicide. Etude de Sociologie. Alcano Paris, (1897); Deutsch: Der Selbstmord, Luchterhand, Neuwied, (1969). Zitiert aus: WELLHÖFER, P. R.: Selbstmord und Selbstmordversuch, UTB 1078, Gustav Fischer, Stuttgart, (1961).

27) ELHARDT, S.:
Tiefenpsychologie, eine Einführung, 7. Auflage, Kohlhammer, Urban Tb., Band 136, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, (1980).

28) EYSENCK, H. J. und EYSENCK S.:
Personality structur and measurement, London, (1969). Zitiert aus: ARNOLD, W., EYSENCK, H. J., MEILI, R.: Lexikon der Psychologie, Band II, Herder, Freiburg, Basel, Wien, (1971).

29) FAUST, V., HOLE G.:
Depressionen, Symptomatik, Ätiopathogenese und Therapie, Hippokrates Verlag, Stuttgart, (1983).

30) FENICHEL, O.:
The Psychoanalytic Theory of Neurosis, Routledge, London, (1946); zitiert aus: HELMCHEN, H., LINDEN, M.: Depressive Erkrankungen, Urban & Schwarzenberg, München, (1981).

31) FREUD, S.:
Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, gesammelte Werke, Band V, (1905); zitiert aus: SELG, H. (Hrsg): Zur Aggression verdammt? Dritte Auflage, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, (1973).

32) FREUD, S.:
Zur Einführung des Narzißmus, (1914), Fischer Tb 6394, Frankfurt a. Main, (1982).

33) FREUD, S.:
Trauer und Melancholie, (1917), Fischer Tb 6349, Frankfurt a. Main, (1982).

34) FREUD, S.:
Jenseits des Lustprinzips, (1920), Fischer Tb 6349; Frankfurt a. Main, (1982).

35) FREUD. S.:
Das Ich und das ES, (1923), Fischer TB 6394, Frankfurt a. Main, (1982).

36) FREUD, S.:
Das Unbehagen in der Kultur, (1930), Fischer TB 6043, Frankfurt a. Main, (1983).

37) GOLD, M., POTTASH, A.:
Depression und Tricyclica, Tempo medical, 7, Seite 8 - 13, (1983).

38) GRUHLE, H. W.:
Verstehen und Einfühlen, Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, (1953); zitiert aus: RASCH, W., PETERSEN, U.: Kriminalität innerhalb endogen phasischer Depressionen; Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 48, Seite 187 - 197, (1965).

39) HARTMANN, K.:
Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung, 2. Auflage, Springer, Berlin, (1977).

40) HARTMANN, W.:
Mündliche Mitteilung.

41) HELMCHEN, H., LINDEN, M.:
Depressive Erkrankungen, Urban & Schwarzenberg, München, (1981).

42) HENSELER, H.:
Narzißtische Krisen - zur Psychodynamik des Selbstmords, rororo Studium 58, Rowohlt Verlag, Reinbek, (1974).

43) HIPPIUS, H., SELBACH, H. (Hrsg):
Das depressive Syndrom, Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, (1969).

44) HOFSTÄTTER, P. R.:
Psychologie, Frankfurt, (1957); zitiert aus: SELG, H. (Hrsg):
Zur Aggression verdammt? Dritte Auflage, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, (1973).

45) IBOR, J. L.:
Der Wachtraum; zitiert aus: ARNOLD, W., EYSENCK, H. J., MEILI, R.:
Lexikon der Psychologie, Band III, Herder, Freiburg, Basel, Wien, (1972).

46) Mitteilung des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik im Klinikum Großhadern.

47) JACOBSON, E.:
Depression, New York (1971); Deutsch von DESERNO, H., Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. Main, (1977).

48) KENDELL, R. E.:
The Classification of Depression - A Review of Contemporary Confusion, British Journal of Psychiatrie, 129, pp. 15 - 28, (1976).

49) KERSCHER, I.:
Sozialwissenschaftliche Kriminalitätstherorien, dritte Auflage, Beltz, Weinheim und Basel, (1981).

50) KIELHOLZ, P.:
Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker, Lehmann, München, (1971).

51) KIELHOLZ P.:
Entwurzelungsdepression in: Lexikon der Psychiatrie, Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg, (1973).

52) KLEIN, M.:
Zur Psychogenese der manisch depressiven Zustände, Klett Verlag, Stuttgart, (1962).

53) KOHUT, H.:
Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut. Psyche, 27, Seite 513 - 554, (1973).

54) KRAEPELIN, E.:
Melancholie; in klinischer Psychiatrie, Band II, siebte Auflage, J. A. Barth, Leipzig, (1904).

55) KRAFFT-EBING, R. v.:
Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie, Enke, Stuttgart, (1900), zitiert aus RASCH, W., PETERSEN, U.: Kriminalität innerhalb endogen phasischer Psychosen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 48, Seite 187 - 197, (1965).

56) KRAFFT-EBING, R. v.: Die Melancholie; zitiert aus: KRAEPELIN, E.: Klinische Psychiatrie, Band II, siebte Auflage, J. A. Barth, Leipzig, (1904).

57) KRETSCHMER, E. (Hrsg):
Der sensitive Beziehungswahn, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, vierte Auflage, (1972); zitiert aus: SCHULTE W., TÖLLE, R.: Psychiatrie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, fünfte Auflage, (1979)

58) KRETSCHMER E.:
Medizinische Psychologie, dreizehnte Auflage, Stuttgart, (1971); zitiert aus: BURCHARD, J. M.: Lehrbuch der systematischen Psychopathologie, Band II, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, (1980).

59) KRETSCHMER R.:
Körperbau und Charakter, Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg, (1921).

60) KUTTER, P.:
Psychiatrie, Kindler Tb 2188, Kinder Verlag, München, (1977).

61) LANGE, E.:
Der mißlungene erweiterte Suicid; Jena: VEB Gustav Fischer, (1964); zitiert aus: MENDE, W.: Zur Kriminologie depressiver Verstimmungen; Nervenarzt, 12, Seite 546 - 553, (1967).

62) LANGELÜDDEKE, A., BRESSER, P. H.:
Gerichtliche Psychiatrie, de Gruyter, Berlin, New York, dritte Auflage, (1976).

63) LEHMANN H. E.:
Epidemiology of Depressive disorders; in: FIEVE, L. E. (ED): Depression of the 70's; Excerpta Medica, Amsterdam, (1971); zitiert aus: HELMCHEN, H., LINDEN, M.: Depressive Erkrankungen, Urban & Schwarzenberg, München, (1981).

64) LEMKE, R.:
Neurologie und Psychiatrie. Leipzig, J. A. Barth, (1956); zitiert aus: MENDE, W.: Zur Kriminologie depressiver Verstimmungen, Der Nervenarzt, 12, Seite 546 - 553, (1967).

65) LISCHKE, G.:
Psychophysiologie der Aggression, in SELG, H. (Hrsg): Zur Aggression verdammt? Dritte Auflage, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, (173).

66) LOMBROSCO C.:
Der Verbrecher in anthropologischer, ärztlicher und juristischer Beziehung, Hamburg, (1890); zitiert aus: RASCH, W., PETERSEN, U.: Kriminalität innerhalb endogen phasischer Psychosen; Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 48, Seite 187 - 197, (1965).

67) LORENZ, K.:
Das sogenannte Böse, (1963), dtv Sachbuch 1000, zehnte Auflage, Deutscher Taschenbuchverlag, München, (1983).

68) LYONS A. S., PETRUCELLI, R. J.:
Geschichte der Medizin im Spiegel der Kunst, Du Mont, Köln, (1980).

69) MAISCH, H.:
Stichwort Viktimologie; zitiert aus ARNOLD, W., EYSENCK, H. J., MEILI, R.: Lexikon der Psychologie, Band III, Herder, Freiburg, Basel, Wien, (1971).

70) MALMQUIST, C.:
Melancholic Violence and Cognitive Dysfunction; British Journal of Medical Psychology, 44, pp. 267 - 276, (1971).

71) MATUSSEK, N.:
Neuroendokrinologische Untersuchungen bei depressiven Syndromen, Nervenarzt, 49, Seite 569 - 575, (1978).

72) MENDE, W.:
Zur Kriminologie depressiver Verstimmungen, Nervenarzt, 38, Seite 546 - 553, (1967).

73) MENDE, W.:
Die kriminologische Bedeutung von Depressionen, zitiert aus: SCHULTE, W.; MENDE, W. (Hrsg): Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung; Thieme, Stuttgart, (1969).

74) MENDE, W.:
Forensische Komplikationen bei depressiven Syndromen; Münchner Medizinische Wochenschrift, 116, Seite 783 - 786, (1974).

75) MENDE, W.:
Forensische Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. In: BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, vierzehnte Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, (1979).

76) MENDE, W.:
Zur Frage der Quantifizierung in der forensischen Psychiatrie. Mschr. Krim 66. Jhg., Heft 6, Seite 328 - 333, (1983).

77) MENNINGER, U.:
Selbstzerstörung, Psychoanalyse des Selbstmords, Suhrkamp tb-Wissenschaft, 249, Suhrkamp Tb Verlag, Frankfurt am Main, (1974).

78) MERTON, R. K.:
Sozialstruktur und Anomie. In: SACK, F. und KÖNIG, (Hrsg): Kriminalsoziologie, Frankfurt am Main (1968), zitiert aus: KERSCHER, I.: Sozialwissenschaftliche Kriminalitätstheorien, dritte Auflage, Beltz, Weinheim und Basel, (1981).

79) MICHAELIS, W.:
Verhalten ohne Aggression? Köln, (1976).

80) MILGRAM, S.: Das Milgram-Experiment 1974, Rohwohlt Verlag GmbH, Reinbek, (1979).

81) MILLER, N. E. et al:
The Frustration-Aggression-Hypothesis, Psychological Review, 48, pp. 337 - 342, (1948); Deutsch in THOMAE, H. (Hrsg): Die Motivation menschlichen Handelns, Köln, (1965); zitiert aus: NOLTING, H. P.: Lernfall Aggression, rororo tb 7139, Rohwohlt Verlag, Reinbek, (1979).

82) MILLER, W. B.:
Die Kultur der Unterschicht als Entstehungsmilieu für Bandendelinquenz, in: SACK, F. und KÖNIG (Hrsg), Frankfurt am Main, (1968); zitiert aus: KERSCHER, I.: Sozialwissenschaftliche Kriminalitätstheorien, dritte Auflage, Beltz, Weinheim, Basel, (1981).

83) MOSER, T.:
Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur, Suhrkamp, Frankfurt am Main, (1979).

84) MÜLLER, H.:
Das eiserne Kreuz, (1955); in: Lesebuch: Deutsche Literatur zwischen 1945 und 1959; Wagenbach, Berlin, (1980).

85) NOLTING, H. P.:
Lernfall Aggression, rororo Tb 7139, Rowohlt Verlag, Reinbek, (1979).

86) PAYKEL, E. S. et al:
Life Events and Depression Archiv of Genetic Psychiatrie, 21, pp. 743 - 760 (1969); zitiert aus: HELMCHEN, H., LINDEN, M.: Depressive Erkrankungen, Urban & Schwarzenberg, München, (1981).

87) PERRIS, C.:
Frequency an Heriditary Aspects of Depression. Depression Spectrum, New York (1976); in: HELMCHEN, H., LINDEN, M.: Depressive Erkrankungen, Urban & Schwarzenberg, München, (1981).

88) PHILLIP, E.:
Aggressionsdelikte bei depressiven Verstimmungen, Beiträge zur gerichtlichen Medizin, 27, Seite 182 - 185, (1970).

89) PICHOT, P.:
Überlegungen zur Quantifizierung depressiver Symptome aus: SCHULTE, W., MENDE, W. (Hrsg): Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung, Thieme, Stuttgart, (1969).

90) PILCZ, A.:
Spezielle gerichtliche Psychiatrie für Juristen und Mediziner; Leipzig, Wien, (1908); zitiert aus: RASCH, W., PETERSEN, U.: Kriminalität innerhalb endogen phasischer Depressionen; Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 48, Seite 187 - 197, (1965).

91) PROVENT, P.:
De Suicide "postaggressional"; Ann. med. leg. Paris, Seite 232 - 239, (1928); zitiert aus: PHILLP, E.: Aggressionsdelikte bei depressiven Verstimmungen; Beiträge zur gerichtlichen Medizin; 27, Seite 182 - 185, (1970).

92) RASCH, W.:
Tötung des Intimpartners, F. Enke Verlag, Stuttgart, (1964).

93) RASCH, W.:
Schuldfähigkeit, aus: PONSOLD, A. (Hrsg.): Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, dritte Auflage, Thieme, Stuttgart, (1967).

94) RASCH, W., PETERSEN, U.:
Kriminalität innerhalb endogen phasischer Depressionen; Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 48, Seite 187 - 197, (1965).

95) RIEMANN, F.:
Grundformen der Angst, vierzehnte Auflage, Reinhardt, München, Basel, (1979).

96) RINGEL, E.:
Der Selbstmord, Reprints Psychologie, Band 19, Fachbuchhandlung für Psycholgie, Verlagsabteilung, zweite Auflage, Frankfurt am Main, (1981).

97) RINGEL, E.:
Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem, Hollinek, Wien, (1961); zitiert aus: WELLHÖFER, P. R.: Selbstmord und Selbstversuch, UTB 1078, Gustav Fischer, Stuttgart, (1981).

98) RODENBURG, M.:
Child Murder by Depressed Parents; Canadian Psychiatry Associated Journal, 16, pp. 41 - 48, (1971).

99) RODENBURG, M.:
Child Murder by a Depressed Mother, a Case Report; Canadian Psychiatry Associated Journal, 16, pp. 49 - 53, (1971).

100) RODIEK, S.:
Sozialpsychiatrische Aspekte des erweiterten Sucidversuchs, Print KG, München, (1971).

101) SACHS, L.:
Angewandte Statistik, Planung und Auswertung, Methoden und Modelle, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, vierte Auflage, (1974).

102) SELG, H (Hrsg):
Zur Aggression verdammt? Dritte Auflage, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, (1973).

103) SELIGMANN, M. E. P., MAIER, S. F., SOLOMON, R. L.:
Unpredictable and Uncontrollable Aversive Events. In: BRUSH, F. R.: Aversive conditioning and laerning. Academic Press., New York, 1971); zitiert aus: HELMCHEN, H., LINDEN, M.: Depressive Erkankungen, Urban & Schwarzenberg, München, (1981).

104) SELIGMANN, M. E. P.:
Erlernte Hilflosigkeit, Urban & Schwarzenberg, München, (1979).

105) SKINNER, B. F.:
The Behavior of Organismus, New York, (1938); zitiert aus: NOLTING, H. P.: Lernfall Aggression, rororo, TB 7139, Rohwohlt, Reinbek, (1979).

106) SPITZ, R.:
Vom Säugling zum Kleinkind, Klett, Stuttgart, (1967).

107) SZONDI, L.:
Schicksalanalyse, Basel, (1948); zitiert aus: WELLHÖFER, P. R.: Selbstmord und Selbstmordversuch, UTB 1078, Gustav Fischer, Stuttgart, (1981).

108) SZONDI, L.:
Schiksalanalyse, Basel, Stuttgart, (1965); zitiert aus: HUTH, W.: Wahl und Schicksal, Huber, erste Auflage, Bern, Stuttgart, Wien, (1978).

109) SCHILDKRAUT, J. J.:
The Catecholamine Hypothesis and Affective Disorders: A review of Supporting Evidence, Amerikan Journal Psychiatrie, 121, pp. 509 - 522, (1965).

110) SCHIPKOWENSKY, N.:
Psychiatrie, Neurologie, medizinische Psychologie, 15, Seite 226 - 235, (1963); zitiert aus: MENDE, W.: Zur Kriminologie depressiver Verstimmungen; Nervenarzt, 12, Seite 546 - 553, (1967).

111) SCHMIDT-MUMMENDEY, A.:
Bedingungen aggressiven Verhaltens, Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, (1972).

112) SCHULTE, W.:
Depressive Verstimmungen mit Erschütterung des Selbwerterlebens an der Schwelle ethischer Entgleisungen und krimineller Handlungen, in: KRETSCHMER, E. (Hrsg): Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie, 4, Seite 122 - 132; (1954).

113) SCHULTE, W., TÖLLE, R.:
Psychiatrie, fünfte Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, (1979).

114) STEINMEYER, E. M.:
Depression, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, (1973).

115) STENGEL, E., COOK, N.:
Attenpted Suicide MAUDSLEY Monographs, 4, London, (1958); zitiert aus: WELLHÖFER, P. R.: Selbstmord und Selbstmordversuch, UTB, Gustav Fischer, Stuttgart, (1981).

116) TELLENBACH, H.:
Melancholie, Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg; (1961).

117) TELLENBACH, R.:
Untersuchungen zur prämorbiden Persönlichkeit von Psychotikern, Diss. med., München, (1974).

118) TOMAN, W.:
Frustrationstoleranz; zitiert aus: ARNOLD, W., EYSENCK, H. J., MEILI, R.: Lexikon der Psychologie, Band I, Herder, Freiburg, Basel, Wien, (1971).

119) VEITH, G.:
Bemerkenswerte anatomische Befunde bei Selbstmördern; Nervenarzt, 31, Seite 555 ff, (1960).

120) VIRKKUNEN, M.:
Suicide Linked to Homicide, Psychiatry Quarterly, 48, pp. 276 - 282; (1974).

121) VOGL, J.:
Zur forensischen Relevanz depressiver Verstimmungen, Diss. med., München, (1978).

122) WALTERS, R. H. et al:
Enhancement of punitive Behavior by Audio-visual Displays, Sience, 136, pp. 872 - 873, (1962).

123) WALTERS, R. H., BANDURA, A.:
Social Learning and Personality Development, New York, (1963); zitiert aus: NOLTING, H. P.: Lernfall Aggression, rororo Tb 7139, Rohwohlt, Reinbek, (1979).

124) WALTON, H. J.:
Suicidal Behavior in Depressive Illness, J. o. Mental Sience, 104, pp. 884 - 891; (1958).

125) WEBER, J.:
Zur Psychodiagnostik der Täter-Opfer-Beziehung.
Kriminologische Schriftenreihe, Heidelberg, (1978).

126) WELLHÖFER, P. R.:
Selbstmord und Selbstmordversuch, UTB, Gustav Fischer, Stuttgart, (1981).

127) WEITBRECHT, H. J.:
Die chronische Depression, Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde, 24, Seite 276 - 282, (1967).

128) WIEDERHOLT, I.:
Sexualität: Normale, deviante (perverse), kriminelle. In: EICHER, W. (Hrsg): Sexualmedizin in der Praxis, ein kurzes Handbuch, Gustav Fischer, Stuttgart, New York (1980).

129) ZERSSEN, D. v.:
Der "Typus melancholicus" in psychometrischer Sicht, Teil 1: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 24, Seite 200 - 220, (1976); Teil II: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 24, Seite 305 - 316, (1976).

Danksagung

Herrn Prof. Dr. W. Mende, Abteilungsvorsteher der Abteilung für forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Klinik der Universität München, danke ich für die freundliche Überlassung der Arbeit und die jederzeit hilfreiche Unterstützung.

Den Dipl.-Psych. Herrn Dr. F. Speer und Herrn Dr. O. Seidemann danke ich für die allzeit freundliche Beratung und Unterstützung bei formalen Problemen.

Frau Schuler danke ich für die rechtzeitige Katalogisierung der Gutachten, die die Auswahl um vieles erleichterte.

Frau Sund, der Leiterin der Bibliothek der Psychiatrischen Klinik der Universität München, danke ich für die unkomplizierte und jederzeit hilfsbereite Zusammenarbeit.

Ganz herzlich danke ich meiner Frau Birgitta für die geduldige Mitarbeit während der statistischen Erfassung der einzelnen Parameter.

Lebenslauf

Am 15.11.53 wurde ich als drittes Kind des Ehepaares Emil und Maria Dürk, in Pfaffenhausen geboren.

Von 1960 - 1964 besuchte ich die Städt. Volksschule in Bad Wörishofen. 1964 Wechsel an das Staatl. Gymnasium Kaufbeuren bis 1970. 1970 - 1975 Besuch des Staatl. Gymnasiums Hohenschwangau; Reifeprüfung Juni 1975.

Im Frühjahr 1977 begann ich das Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität München, das ich im Frühjahr 1982 mit dem Staatsexamen abschloß. Erteilung der Approbation 15. April 1983.